



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**JOSÉ ADRIANO GÓES SILVA**

***FATORES ASSOCIADOS À NÃO ADESÃO AOS  
ANTIRETROVIRAIS ENTRE PESSOAS COM  
HIV/AIDS NO ESTADO DA BAHIA***

Salvador, Bahia  
2011

José Adriano Góes Silva

***FATORES ASSOCIADOS À NÃO ADESÃO AOS  
ANTIRETROVIRAIS ENTRE PESSOAS COM HIV/AIDS NO  
ESTADO DA BAHIA***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração – Epidemiologia

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Inês Costa Dourado

Salvador, Bahia  
2011

José Adriano Góes Silva

***FATORES ASSOCIADOS À NÃO ADESÃO AOS  
ANTIRETROVIRAIS ENTRE PESSOAS COM  
HIV/AIDS NO ESTADO DA BAHIA***

Defesa: 31 de março de 2011.

Banca Examinadora:

---

Profª Drª Ana Maria de Brito

---

Drª Márcia Lilian Sampaio e Sampaio Sá

---

Profª Drª Maria Inês Costa Dourado

Orientadora

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho aos meus pais: Antonio Ferreira Silva (in memoriam) e Antonia Santos Góes, que me deram a vida e me apresentaram a Cristo, o único caminho que se pode trilhar em segurança.*

*Dedico também à minha esposa, Simara de Jesus Sarmiento Silva, companheira fiel que sempre acreditou e sonhou comigo que esse momento chegaria.*

## AGRADECIMENTOS

*Agradeço ao Deus da minha vida, presença constante a me guiar, proteger e perdoar. Somente por sua graça foi possível ser quem eu sou, chegar aonde eu cheguei, continuar a caminhada e estar com Ele.*

*Agradeço à minha mãe, minha maior educadora, pouco letrada, mas de uma ciência profunda e cativante. Sua plena dedicação a mim e aos meus irmãos moldou meu caráter e me ensinou a viver.*

*Agradeço à minha esposa. Sua cumplicidade e seu amor são os elementos necessários e bastantes para me equilibrar quando vacilo, me reerguer quando tropeço e, sobretudo, para caminhar ao meu lado o resto de minha vida.*

*Agradeço à Professora Inês Dourado, sua paciência e cooperação possibilitaram a construção deste trabalho e contribuíram com minha formação.*

*Agradeço ao Dr Carlos Lima, sua disponibilidade e dedicação fazem parte da construção deste trabalho.*

*Agradeço ao amigo Ailton, uma mão sempre aberta e estendida para oferecer seu apoio e sua amizade e para, unida á minha, me conduzir ao caminho certo.*

*Agradeço aos colegas do mestrado e do doutorado, pessoas muito especiais que me ajudaram a construir e a trilhar esse caminho e que, ao logo dele, se fizeram meus amigos.*

*Agradeço aos professores que contribuíram com minha formação e à toda a comunidade do Instituto de Saúde Coletiva que participaram desse momento importante de minha vida.*

*Agradeço aos colegas de trabalho, especialmente da farmácia e da tecnologia da informação, sempre compreensivos e prestativos com minhas necessidades.*

*Agradeço à minha eterna professora Carminha, sua experiência e dedicação desde há muito tempo me auxiliaram na caminhada das letras.*

*Agradeço à Secretaria de Saúde e à direção da Unidade de Saúde onde realizei esse trabalho pela oportunidade de aprendizado e crescimento que me proporcionaram ao conceder a autorização.*

*Agradeço a todos que direta ou indiretamente me ajudaram no planejamento, no desenvolvimento ou na execução do projeto que agora se transformou em Dissertação de Mestrado.*

*A todos vocês, que desde então fazem parte da história de minha vida, meus sinceros agradecimentos, meu respeito e minha oração.*

## INSPIRAÇÃO

*A verdade não resulta do número dos que nela creem.*

*(Galileu Galilei)*

## SUMÁRIO

I.	APRESENTAÇÃO.....	9
II.	RESUMO .....	10
III.	INTRODUÇÃO.....	11
IV.	REVISÃO DE LITERATURA.....	12
	AIDS no Mundo	
	AIDS no Brasil	
	Terapia Medicamentosa	
	Acesso à TARV e Novas Drogas	
	Adesão ao Tratamento Antirretroviral	
	Fatores Preditores para Não Adesão	
	Justificativa	
	Pergunta de Investigação	
	Modelo Preditivo	
V.	OBJETIVOS .....	26
VI.	METODOLOGIA .....	26
	Delineamento da Pesquisa	
	Coleta de Dados	
	Variáveis	
	Plano de Análise	
VII.	ASPECTOS ÉTICOS .....	32
VIII.	RESULTADOS .....	33
	ARTIGO	
	Abstract	
	Resumo	
	Introdução	
	Métodos	
	Aspectos Éticos	
	Resultados	
	Discussão	
	Considerações	
IX.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
X.	ANEXOS .....	52

## **Apresentação**

O presente trabalho foi elaborado como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Seu autor graduou-se em Farmácia pela Universidade Federal da Bahia no ano de 2003. Durante sua formação sempre manifestou interesse e buscou capacitação para atuar no cuidado ao usuário do SUS que por algum motivo necessitava fazer uso de terapia medicamentosa. Foi movido por essa inclinação que fez o Curso de Atenção Farmacêutica e estudou o mesmo tema em disciplina optativa do curso de Farmácia. Ainda estudante, fez estágio em uma farmácia comunitária que desenvolvia um programa de Atenção Farmacêutica aos seus clientes. Recém formado, devido ao desempenho mostrado em seu estágio, foi convidado para substituir a farmacêutica da referida farmácia comunitária. Desde então tem atuado fazendo seguimento de usuários da terapia medicamentosa. Atuou por breve período em um hospital pediátrico, sendo responsável pelo ambulatório, internamento, pronto atendimento e centro cirúrgico. Em seguida foi responsável, durante cerca de três anos, pela farmácia de um hospital psiquiátrico conveniado ao SUS onde proveu e acompanhou a terapia de 240 pacientes internados. Admitido em 2006 na Unidade onde foi realizado este estudo, vem atuando no cuidado às pessoas portadoras do Vírus da Imunodeficiência Adquirida – HIV há aproximadamente cinco anos e seu trabalho está diretamente voltado para os usuários em terapia antirretroviral, sendo a promoção da adesão uma das principais atividades desenvolvidas em sua rotina. Foi nesse cenário que surgiu a necessidade de melhor compreender o fenômeno da aids no mundo e no Brasil como forma de favorecer e potencializar seu trabalho. Para enfrentar esse desafio, inseriu-se no Núcleo de Estudos e Pesquisas em aids e Outras Doenças Infecciosas – NEPAD, grupo que, sob a coordenação da professora Inês Dourado, vem discutindo e produzindo conhecimento nessa linha de atuação no Instituto de Saúde Coletiva - ISC. Uma vez inserido no grupo, surgiu a oportunidade de se lançar na construção de um projeto para apresentar ao Instituto com o objetivo de realizar o mestrado em saúde coletiva e utilizar essa experiência na prática diária de cuidado aos indivíduos com aids e na promoção da saúde dos indivíduos que vivem com o HIV.

## RESUMO

**Objetivo:** Trata-se de um estudo de corte transversal com o objetivo de investigar fatores associados à não adesão à terapia antirretroviral (TARV) entre os pacientes que iniciaram a terapia em 2009 em uma Unidade de Saúde de Referência no atendimento a pessoas que vivem com HIV/aids em Salvador/Bahia. **Metodologia:** Os dados foram coletados dos prontuários e dos registros de dispensação da farmácia. Foram incluídos no estudo pacientes com idade igual ou superior a 13 anos, de ambos os sexos, virgens de tratamento antirretroviral e que tiveram sua primeira prescrição de ARV entre janeiro de 2009 e dezembro de 2009, acompanhados por seis meses. A não adesão foi definida como o não comparecimento à farmácia para a retirada de medicamentos na data agendada, sendo considerado um atraso máximo de 7 dias. **Resultados:** Dos 216 pacientes incluídos, 65,3% eram do sexo masculino e a idade média foi de 37,8 anos. Cerca de 60% se declararam solteiros; heterossexuais; tinham mais de 8 anos de estudo e faziam uso de bebida alcoólica. A maioria não relatou tabagismo ou uso de drogas ilícitas. Cerca de 94% iniciaram a TARV com CD4  $<350/\text{mm}^3$ , 61,8% estavam sintomáticos no início da TARV e 68,4% apresentaram reação adversa aos medicamentos (RAM). A prevalência de adesão foi de 75,0% (n=162). Os fatores associados à não adesão foram tempo entre o diagnóstico da infecção por HIV e o diagnóstico de aids maior que 6 meses (OR=3,9, 95% IC 1,70 – 9,02), reação adversa aos medicamentos (OR=2,4, 95% IC 1,12 – 5,00), idade menor que 34 anos (OR=2,2, 95% IC 1,04 – 4,49), menos que 8 anos de estudo (OR=2,2, 95% IC 1,05 – 4,80) e uso de drogas ilícitas (OR=2,6, 95% IC 0,63 – 10,41). **Conclusão:** Os autores do estudo apontam que além de fatores relacionados aos indivíduos, é necessário estruturar melhor os serviços de atendimento aos pacientes com HIV/aids para a promoção da adesão, além da implementação de medidas de avaliação e o desenvolvimento de atividades conjuntas entre os profissionais do serviço e os pacientes.

## INTRODUÇÃO

Desde a década de 1980 quando surgiram os primeiros casos de aids no Brasil até os dias atuais, em que o acesso à terapia antirretroviral (TARV) é universal, muito tem sido feito com o objetivo de reduzir a morbidade e manter a qualidade de vida dos portadores do HIV (*Human Immunodeficiency Vírus*) (COLOMBRINI et al, 2006; REINERS et al, 2008)

O sucesso da terapia para a infecção pelo HIV depende diretamente do uso regular dos medicamentos antirretrovirais (ARV's), contudo o seguimento dos usuários tem demonstrado que a irregularidade na tomada dos comprimidos que compõem o tratamento é uma condição muito presente na vida das pessoas que utilizam esses medicamentos. O Consenso Brasileiro para a Terapia Antirretroviral aponta que a adesão “não é um processo linear, dificuldades ocorrem ao longo do tempo com momentos de maior ou menor adesão para todos os usuários. Portanto, não é uma característica do usuário ‘ser aderente’, mas sim uma condição de ‘estar aderente’” (BRASIL, 2008).

A não adesão ao tratamento medicamentoso tem sido incluída nas discussões entre os profissionais de saúde, devido à sua importância para se alcançar o objetivo da terapia proposta (LEITE; VASCONCELOS, 2003), e essas discussões apontam que são muitas as dificuldades a serem superadas tanto pelas pessoas que utilizam a TARV quanto pelos serviços de saúde que atendem essas pessoas.

De acordo com Carvalho et al (2007), a adesão ao tratamento antirretroviral é definida como a efetiva tomada da medicação, segundo o prescrito pelo profissional de saúde. Para o Ministério da Saúde, a adesão deve ser entendida como um processo dinâmico e multifatorial que abrange aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais. Nesse processo, as decisões devem ser compartilhadas entre o usuário e a equipe de saúde e ainda envolver uma rede social de apoio às pessoas infectadas pelo HIV (BRASIL, 2005).

Diversos fatores estão associados à adesão e é fundamental a sua análise para que se possa melhorar as políticas e as práticas de saúde que objetivam aprimorar os

resultados alcançados com a TARV (NEMES et al, 2009). Os fatores que influenciam a adesão dos indivíduos à TARV são citados em diversos estudos como aqueles relacionados à pessoa, à doença, ao tratamento e ao serviço de saúde no qual o indivíduo é acompanhado (COLOMBRINI et al, 2006; CARVALHO et al, 2007; BRITO et al, 2006; NEMES et al, 1999; PINHEIRO et al, 2002; WACHHOLZ; FERREIRA, 2007).

A eficácia da terapia antirretroviral já está estabelecida e a consequente mudança no perfil da aids, que assume um caráter crônico, e o aumento da sobrevivência dos usuários que realizam o tratamento de forma adequada (PATERSON, 2000; HAYNES, 1996; BRASIL, 2008). Nesse contexto, a necessidade de adesão ao tratamento exige treinamento dos profissionais envolvidos no cuidado ao usuário, a identificação de fatores de risco para a não adesão e o reconhecimento de que é fundamental o envolvimento de vários profissionais, além do usuário, em ações que favoreçam a adesão (COLOMBRINI et al, 2006).

## **REVISÃO DE LITERATURA**

### **AIDS NO MUNDO**

Por todo o mundo, ao longo do ano de 2008, o número de pessoas vivendo com o HIV continuou crescendo, de acordo com os dados do Relatório Global da UNAIDS de 2009, e naquele ano foram estimados 33,4 milhões (31,1 – 35,8 milhões) de pessoas vivendo com o vírus. Dois pontos de vista ajudam na interpretação desse crescimento. De um lado o sucesso da Terapia Antirretroviral Altamente Potente (do inglês, HAART) ou Terapia Antirretroviral (TARV), iniciada no ano de 1996, elevando a expectativa de vida dos indivíduos infectados pelo HIV, e de outro a manutenção de altas taxas de novas infecções. Ainda conforme o Relatório, a estimativa de novas infecções pelo HIV para o ano de 2008 foi de 2,7 milhões (2,4 – 3,0 milhões) e o número de pessoas que receberam terapia antirretroviral em países de renda baixa e média aumentou dez vezes nos últimos 5 anos, chegando a um total de aproximadamente 4 milhões de pessoas (UNAIDS, 2009).

Uma das grandes armas na luta contra o HIV, usada pelos indivíduos que já manifestaram a aids, é a TARV. O acesso a essa terapia teve um significativo aumento entre os anos de 2003 e 2008 passando de 7% para 42% (UNAIDS, 2009). O acesso à terapia antirretroviral no Brasil, garantido pela Lei 9.313 e publicada em 1996, conhecida como Lei Sarney, proporcionou visíveis mudanças no perfil de morbidade e de mortalidade dos indivíduos com aids, além de contribuir para a melhoria de sua qualidade de vida (BRASIL, 2008). Houve um incremento de 2,7 vezes no número de indivíduos em uso da TARV de 1997 a 2003 (DOURADO et al, 2006).

## **AIDS NO BRASIL**

No Brasil, a taxa de incidência tem apresentado tendência de crescimento desde a década de 80. Em 2009, foi de 20,1 por 100.000 hab., perfazendo 38.538 casos novos. Essa tendência foi verificada em todas as regiões. Até junho de 2010 foram identificados 592.914 casos de aids no país. Em relação ao sexo, foram identificados 385.818 casos de aids em pessoas do sexo masculino e 207.080 casos em pessoas do sexo feminino. A razão de sexo (M:F) observada no Brasil vem se modificando significativamente ao longo dos anos, passando de 15,1:1, em 1986, para 1,5:1, em 2010, caracterizando uma feminização da doença (BRASIL, 2010a).

Quanto à mortalidade, até 2009 foram declarados um total de 229.222 óbitos e destes, 72,6% ocorreram em pessoas do sexo masculino. Em 2009, o coeficiente de mortalidade por aids foi de 6,2 para cada 100.000 hab. (BRASIL, 2010a).

No Nordeste, de 1980 até junho de 2010, foram identificados 74.364 casos de aids, o que representa 12,5% do total de casos no Brasil, com uma taxa de incidência de 13,9 casos por 100.000 hab, menor do que a taxa verificada no país. Nesse mesmo período ocorreram 24.086 óbitos, perfazendo 10,5% dos óbitos observados no país. O coeficiente de mortalidade padronizado, em 2009, foi de 4,1 por 100.000 hab. (BRASIL, 2010a).

Na Bahia, foram registrados 17.886 casos de aids de 1980 até junho de 2010, com taxa de incidência de 12,4 por 100.000 hab., em 2009. O número de óbitos por aids

mostra tendência de crescimento nos últimos anos chegando a 496 em 2009, com um coeficiente de mortalidade padronizado de 3,6 óbitos por 100.000 hab. neste mesmo ano (BRASIL, 2010a).

Em Salvador, até dezembro de 2009, foram registrados 5.917 casos da doença, com percentual de 3% em crianças. Seguindo a tendência nacional, a razão de sexo (M:F) tem reduzido, passando de 3:1, em 1998, para 2:1, em 2008. A taxa de incidência também apresenta tendência de redução e passou de 18,8 por 100.000 hab. no ano de 1998 para 11,9 por 100.000 hab. em 2008 (SALVADOR, 2010). Essa tendência difere daquela encontrada no país que tem se mostrado ascendente.

## **TERAPIA MEDICAMENTOSA**

O aumento do uso de medicamentos e o uso racional de medicamentos têm sido muito discutidos em diversos estudos e a não adesão ao tratamento medicamentoso tem sido incluída nas discussões entre os profissionais de saúde devido à sua importância para se alcançar o objetivo da terapia posposta (LEITE; VASCONCELOS, 2003).

O tratamento medicamentoso de doenças crônicas apresenta como constante desafio o uso contínuo dos medicamentos prescritos para assegurar o seu controle. De acordo com a OMS (2003), o aumento das evidências, obtidas em diversas partes do mundo, sugere que os usuários apresentam melhora quando submetidos a tratamentos eficientes, apoio para alcançar um autogerenciamento de sua condição e seguimento regular.

O uso da TARV tem como principais objetivos inibir a replicação viral, retardar a progressão da imunodeficiência e restaurar a imunidade da pessoa infectada pelo HIV. Porém, para se alcançar uma supressão viral adequada, é necessário atingir uma adesão maior ou igual a 95% (PATERSON et al, 2000). O estudo que demonstrou esse achado foi realizado com uma substância inibidora da Protease (IP), não potencializada, e ainda não são conclusivos os resultados de estudos que comparem inibidores dessa enzima potencializados com ritonavir e Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogo de Nucleosídeo (BRASIL, 2008).

Os profissionais inseridos nas equipes de acompanhamento aos indivíduos candidatos ao uso da TARV devem estar atentos para o momento adequado para a introdução de um esquema terapêutico com ARV's, pois a TARV para o indivíduo com aids não é uma emergência médica e antes de ser iniciada deve ser feita uma avaliação dos parâmetros clínicos e laboratoriais, além de se estar seguro de que os objetivos do tratamento e a necessidade de adesão ao mesmo estão entendidos e aceitos pelo usuário (BRASIL, 2008).

O uso dos antirretrovirais é orientado pelo Consenso Brasileiro, elaborado e atualizado periodicamente por um Comitê Assessor para Terapia Antirretroviral. O consenso apresenta todos os critérios para a utilização da terapia nas diferentes situações em que ela é necessária e em particular no início da TARV. Esse é um momento singular e requer toda atenção da equipe de assistência (BRASIL, 2008).

De acordo com o consenso brasileiro, os critérios atualmente estabelecidos para o início da terapia são: pacientes sintomáticos, independente da contagem de LT-CD4+; assintomáticos com contagem de LT-CD4+ menor ou igual a 350 células/mm<sup>3</sup>; gestantes, independente da presença de sintomas e da contagem de LT-CD4+. O início também deve ser considerado para pacientes com contagem de LT-CD4+ entre 350 e 500 células/mm<sup>3</sup>, na presença das seguintes condições: coinfeção pelo vírus da hepatite B, em pacientes com indicação de tratamento para hepatite B; coinfeção pelo vírus da hepatite C; idade igual ou superior a 55 anos; doença cardiovascular estabelecida ou com risco elevado (acima de 20%, segundo escore de Framingham); nefropatia do HIV; neoplasias, incluindo as não definidoras de aids e carga viral elevada, superior a 100.000 cópias (BRASIL, 2008).

Os esquemas terapêuticos para iniciar a TARV são: 1) Preferencial – 2 Inibidores da transcriptase reversa análogo de nucleosídeo (ITRN) + 1 Inibidor da transcriptase reversa não análogo de nucleosídeo (ITRNN); 2) Alternativo – 2 ITRN + 1 inibidor da protease potencializado (IP/r) (BRASIL, 2008).

## **ACESSO À TARV E NOVAS DROGAS**

O acesso à TARV é um componente fundamental no tratamento das pessoas com aids, porém representa apenas uma parte de todo o cuidado requerido. Viver com HIV/aids também suscita amparo social, afetivo, econômico, entre outras necessidades para se garantir um cuidado integral. Esses elementos estão além do acesso aos medicamentos e cuidados médicos, desempenhando papel central na qualidade de vida das pessoas.

O Brasil se destaca como protagonista na discussão do acesso universal à TARV e, entre os países em desenvolvimento, foi o primeiro a implantá-lo. Um ponto fundamental nesse cenário é o debate a respeito da quebra de patentes dos laboratórios sobre seus produtos. Um marco dessa luta foi a quebra da patente do efavirenz, conquistada em 2006. O efavirenz é um inibidor da transcriptase reversa não análogo de nucleosídeo e um dos medicamentos mais utilizados atualmente no tratamento da aids. Essa conquista serviu de exemplo para o mundo, mostrando que o direito ao acesso à TARV está além do interesse privado (MARINS, 2010).

A política de acesso universal do SUS foi muito influenciada pela participação da sociedade civil, dos organismos de defesa dos direitos humanos e das organizações não governamentais – ONG's. Para dar suporte a essa política, foi criada uma rede de serviços de testagem e de atendimento às pessoas com HIV/aids, de acordo com as características e necessidades locais, além de uma rede nacional de laboratórios habilitados para a realização de diversos exames essenciais para o monitoramento, tais como a quantificação de carga viral, a contagem de linfócitos TCD4 e TCD8 e exames de genotipagem para a avaliação de vírus resistência. Todo esse esforço também teve papel importante na redução da taxa de mortalidade e na redução do número de hospitalizações (BRASIL, 2010c; MARINS, 2010; HALLAL et al, 2010).

Os antirretrovirais utilizados em tripla terapia promovem um impacto tanto na melhora clínica como na redução da mortalidade (MARINS et al, 2003) e esses efeitos podem ser observados não apenas nas causas relacionadas com a aids, mas também naquelas que não estão diretamente relacionadas à doença (GORDIN et al, 2006; KITAHARA et al, 2009).

O acesso a TARV modificou positivamente a sobrevivência dos indivíduos com HIV/aids. Se no início da epidemia o diagnóstico de HIV significava uma sentença de morte, a partir de 1996, com o advento da TARV, as pessoas infectadas e aquelas com aids passaram a ter uma expectativa de vida semelhante ou igual à dos não infectados (VAN et al, 2010; LEWDEN et al, 2008).

Até 2005, a mortalidade por aids estava associada a resistência múltipla aos antirretrovirais até então utilizados. Recentemente, outros fatores identificados como importantes são o acesso tardio ao diagnóstico e início do tratamento em fase avançada da doença (MARINS, 2010; BRASIL, 2010c).

A enfuvirtida, um inibidor de fusão, foi acrescentada ao arsenal terapêutico em 2005. Uma nova geração dos inibidores da protease, representada pelo darunavir, surge em 2006. Este apresenta sensibilidade e barreira genética diferenciada dos primeiros medicamentos dessa classe. Nesse mesmo ano, é lançado o maraviroc, um inibidor do co-receptor. Em 2007, uma nova classe de medicamentos é desenvolvida para atuar em outro estágio da replicação viral, a integração. O único representante dos inibidores da integrase, atualmente disponível no Brasil, é o raltegravir (WILSON; GALLANT, 2009; MARINS, 2010).

As duas últimas classes terapêuticas, inibidores de correceptor e inibidor de integrase, trazem uma importante vantagem sobre as demais, não induzem efeitos adversos como hiperlipidemia e diabetes melitus, o que pode mudar o atual conceito de que o uso de antirretrovirais leva à toxicidade em longo prazo (SÂMARAS, 2008; MARINS, 2010).

Em 2008, aparece a etravirina, um novo representante dos inibidores da transcriptase reversa não análogo de nucleosídeo, porém um medicamento com perfil de resistência diferente dos demais representantes de sua classe, o que permite seu uso mesmo em paciente que já apresenta resistência à nevirapina e ao efavirenz (WILSON; GALLANT, 2009).

Considerando as propriedades das moléculas dos novos medicamentos antirretrovirais, o tratamento atual da aids é caracterizado pela redução dos efeitos

tóxicos, a simplificação dos esquemas terapêuticos, a diminuição dos efeitos adversos e o combate eficaz de cepas virais selecionadas e resistentes aos antirretrovirais antes disponíveis. Esse cenário facilita a adesão do indivíduo à terapia e em consequência reduz a mortalidade por aids, aumenta a expectativa e a qualidade de vida dos indivíduos em TARV (VAN et al, 2010; LEWDEN et al, 2008; GORDIN et al, 2006; KITAHARA et al, 2009; WORM et al, 2009; WILSON; GALLANT, 2009; MARINS, 2010).

A partir da publicação da Lei 9313/96, que assegura o acesso universal à TARV, o Ministério da Saúde, por meio do Comitê Assessor em Terapia Antirretroviral, estabeleceu a base do tratamento da aids no país. Entre os temas abordados, estão os critérios e os esquemas terapêuticos indicados para o início da terapia, o manejo nos casos de resistência viral aos ARV's, a toxicidade dos medicamentos, as condutas nos casos de coinfeção e a atualização periódica do elenco de ARV's e de seu uso, baseada em revisão sistemática das informações disponíveis na literatura mundial (BRASIL, 2008).

## **ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL**

Dentre as muitas questões relacionadas ao cuidado do paciente com aids, destaca-se a adesão ao tratamento antirretroviral. A não adesão ao uso de ARV's tem sido considerada como um risco para o sucesso do tratamento e para o investimento feito pelo SUS na oferta de medicamentos antirretrovirais (BRITO, 2006; NEMES et al., 1999).

De maneira abrangente, o termo adesão refere-se ao grau de cumprimento da recomendação médica de seguir uma dieta, mudar um estilo de vida ou tomar os medicamentos prescritos (HAYNES et al, 1996) e ao comportamento individual diante da necessidade de obtenção da mesma.

Quando se restringe a adesão ao uso de medicamentos ou a adesão terapêutica, ela pode ser entendida como a maneira que o paciente lida com os medicamentos, seguindo a prescrição médica, observando dose, frequência e horários corretos (MACHTINGER; BANGSBERG, 2006). Carvalho et al (2007) descreveram a adesão

à TARV como “a efetiva tomada da medicação antirretroviral segundo prescrito pelo profissional assistente”.

De acordo com Brawley e Culos-Reed (2000), citado por Leite e Vasconcelos (2003), na literatura internacional os termos mais utilizados para referir-se a adesão são *adherence* e *compliance* e estes diferem entre si. Segundo esses autores, podemos entender *compliance* como obediência, admitindo um papel passivo do usuário, no entanto *adherence* pode ser traduzido como aderência, indicando uma condição de liberdade de escolha do usuário para adotar ou não a recomendação.

A adesão deve ser vista como uma aliança ou como uma atividade conjunta entre o médico e o usuário, na qual cada um tem responsabilidades específicas. O usuário não apenas obedece às orientações médicas, mas compreende, concorda e segue a prescrição que foi estabelecida pelo médico, numa postura ativa diante de um acordo que inclui ainda outros profissionais envolvidos no processo terapêutico (LIGNANI; GRECO; CARNEIRO, 2001; VITÓRIA, 2008).

Além dos profissionais de saúde, também devem estar envolvidos nesse processo os atores que atuam no âmbito das políticas públicas para formularem propostas e proporem ações que assegurem o alcance dos objetivos pretendidos com a TARV (MELCHIOR, 2007).

De um modo geral, o fenômeno da adesão tem sido estudado em todo o mundo. Alguns dados chamam a atenção para uma situação que preocupa as equipes de saúde que acompanham os indivíduos que fazem uso contínuo de medicamentos. Por exemplo, Haynes (1996) e Stephenson (1999) referem que o percentual de não adesão ao tratamento de doenças crônicas situa-se entre 40% e 50%, tanto em países de baixa e média renda como em países de renda alta.

No Brasil, pesquisadores têm se dedicado ao estudo da adesão e dos fatores relacionados à dificuldade de adesão à terapia antirretroviral. Em São Paulo, estudo multicêntrico revelou uma prevalência de adesão de 69% (NEMES et al., 1999). Essa mesma pesquisadora conduziu outro estudo, em diversos estados brasileiros,

e encontrou uma prevalência de 75% de adesão entre os pacientes atendidos em Unidades Públicas de Saúde (NEMES et al., 2004).

Os benefícios da TARV já foram demonstrados tanto em pacientes com quadro avançado da doença, como naqueles que mesmo aparentemente saudáveis apresentam comprometimento de sua imunidade, sendo esse benefício expresso em significativa melhora clínica, imunológica e laboratorial. O uso adequado da TARV também evita o desenvolvimento de cepas virais resistentes aos medicamentos e conseqüente falha terapêutica. Entretanto, a interrupção do tratamento nos seis primeiros meses de uso dos medicamentos se constitui em um problema crítico na efetividade do tratamento. Assim, o início da terapia pode representar um marco para a futura adesão ao tratamento, pois exige do usuário adaptar-se ao regime terapêutico incorporando-o ao seu cotidiano e lidar com possíveis efeitos colaterais entre outras situações que se associam à introdução da TARV (CARVALHO et al, 2007; MELCHIOR, 2007; LIGNANI; GRECO; CARNEIRO, 2001).

De acordo com Lignani (2001), os indivíduos em TARV há menos de oito meses apresentam três vezes mais chance de não aderir ao tratamento quando comparados com aqueles que estão em TARV há um tempo superior a oito meses.

A adesão pode ser aferida por método direto e indireto. No primeiro caso, DOT (*directly observed therapy*), são observados os níveis séricos dos medicamentos antirretrovirais ou de seus metabólitos, para isso são utilizados marcadores biológicos. Este é um método caro e mede a adesão recente, porém é a única forma de se avaliar diretamente a quantidade ingerida dos medicamentos.

No método indireto são utilizadas estratégias como:

- 1) Questionário ou Auto Relato, que se caracterizam pela facilidade, simplicidade e baixo custo, mas que podem apresentar valores superestimados por se tratar de informação colhida do próprio usuário.

- 2) Sistema de monitoramento do uso de medicamentos - MEMS – *Medication Event Monitoring Systems*. É um mecanismo eletrônico, disposto no frasco que contém os

medicamentos, que registra a hora e a data da retirada dos medicamentos. Esta estratégia tem alto custo e supõe que a dose retirada foi ingerida, além de ser incompatível com formulações líquidas.

3) Registros da farmácia e contagem de pílulas. São de baixo custo e de fácil execução, contudo de baixa acurácia (WHO, 2003; PINTO, 2006; LEITE; VASCONCELOS, 2003).

Vale ressaltar que, entre as estratégias empregadas para avaliar a adesão dos pacientes à TARV, a utilização dos registros de dispensação da farmácia tem sido apontada como um recurso importante e de resultados confiáveis, quando comparado com outras estratégias (GOMES et al, 2009, LIGNANI; GRECO; CARNEIRO, 2001; PINEIRO et al, 2002).

De acordo com uma extensa revisão sistemática realizada por diversos autores e incluída na coletânea de estudos do Projeto ATAR, o valor encontrado para a adesão variou de acordo com a metodologia utilizada, sendo 36,9%, quando baseada em auto relato, 25,5%, a partir da utilização de registros diários do uso de medicamentos, 22,97%, considerando o registro de algum episódio de não adesão no prontuário e 57,9%, quando a adesão foi medida com base nos registros de dispensação da farmácia (BRASIL, 2010b; GOMES et al, 2009).

## **FATORES PREDITORES PARA NÃO ADESÃO**

A necessidade do uso diário dos ARV's requer sua inclusão na rotina diária dos pacientes. Diversos fatores podem dificultar a adesão aos medicamentos. Mehta, Moore e Graham (1997), em uma revisão da literatura, mostram que fatores sociodemográficos, idade, gênero, status socioeconômico e fatores relacionados aos medicamentos, tais como efeitos colaterais e complexidade do regime, estão associados a baixa adesão.

Muitos fatores estão relacionados com a não adesão e essa multifatorialidade dificulta a abordagem desta e aponta para a necessidade de se buscar soluções para o problema. Um estudo realizado em 2007 revelou como principais fatores

associados à não adesão o baixo nível de renda, a baixa escolaridade e o tipo de ocupação dos participantes (CARVALHO et al., 2007).

Em uma revisão da literatura, Bonolo et al. (2007) destacam a associação da não adesão com características sociodemográficas, acesso e uso de serviços de saúde, fatores psicossociais, percepção da doença e fatores relacionados ao tratamento. Entre os trabalhos revisados pela autora, a prevalência média de não adesão à TARV foi de 30,4%.

Um estudo, realizado com mais de mil usuários atendidos em 27 unidades de saúde de São Paulo, analisou a adesão aos antirretrovirais e encontrou associação entre não adesão e renda pessoal entre  $\frac{1}{2}$  e 3 salários mínimos, sendo que a associação era ainda mais forte quando o usuário não possuía renda. Também foi verificada associação com escolaridade menor que o primeiro grau e consumo de bebida alcoólica. Sexo, idade, uso de drogas injetáveis e tempo de tratamento não se mostraram associadas à não adesão (NEMES et al., 1999).

De acordo com Gordillo et al. (1999), a adesão é melhor entre os indivíduos com idade de 32 a 35 anos, em usuários de drogas não venosas, em comparação aos usuários de drogas endovenosas, com contagem de células T CD4 entre 200 e 499 , e entre indivíduos não deprimidos e com boa autopercepção de apoio social .

Silva et al. (2009) encontraram associação entre não adesão e uso de álcool, baixa renda familiar e tempo de diagnóstico entre 1 e 3 anos. Esses mesmos autores também discorrem sobre a complexidade do regime terapêutico, apontando-o como fator desfavorável à adesão à TARV.

Brito e colaboradores (2006) realizaram um estudo sobre fatores associados à interrupção da TARV em adultos com aids atendidos em unidades de saúde do Rio Grande do Norte e encontraram associação estatisticamente significativa, após análise multivariada, entre não adesão e uso de drogas lícitas ou ilícitas, história de tratamento psiquiátrico, prévia à aids, baixo nível de escolaridade, idade entre 25 e 34 anos e início do tratamento após internamento hospitalar .

## JUSTIFICATIVA

A infecção pelo HIV e a conseqüente necessidade do uso de ARV impõem às pessoas vivendo com HIV/aids um desafio diário para vencer os diversos fatores que predispõem a não adesão à TARV. De acordo com Haynes et al (1996) e Paterson et al (2000) podemos agrupar esses fatores preditivos em: fatores relacionados à pessoa, à doença, ao tratamento, aos serviços de saúde e ao suporte social.

O conhecimento do paciente sobre sua condição de saúde, sua compreensão sobre a importância do tratamento e sobre a doença, bem como sua participação ativa na tomada de decisões, podem influenciar o comportamento em relação ao uso dos medicamentos, o que torna a falta de comunicação um fator importante para a não adesão (HERRERA et al, 2008). O farmacêutico tem papel fundamental no aconselhamento, acompanhamento e promoção da adesão das pessoas com HIV/aids (GOMES et al, 2009). Ele é um profissional que, por sua aproximação com o paciente e seu conhecimento técnico sobre a TARV, estabelece uma relação terapêutica, e de confiança, que favorece a identificação das dificuldades em cumprir o tratamento e assim identificar, prevenir e resolver problemas relacionados ao uso dos medicamentos (OMS, 1995).

Sabe-se que a adesão à terapia antirretroviral é fator determinante no controle da infecção pelo HIV. O desenvolvimento de estratégias que visem melhorar a adesão à terapia contribuirá para a redução do desenvolvimento de resistência viral e para assegurar a otimização do investimento feito pelo SUS para a manutenção da disponibilização de ARV's e das tecnologias necessárias para o acompanhamento da eficácia da TARV (NEMES et al, 1999; LIGNANI; GRECO; CARNEIRO, 2001; GOMES et al, 2009).

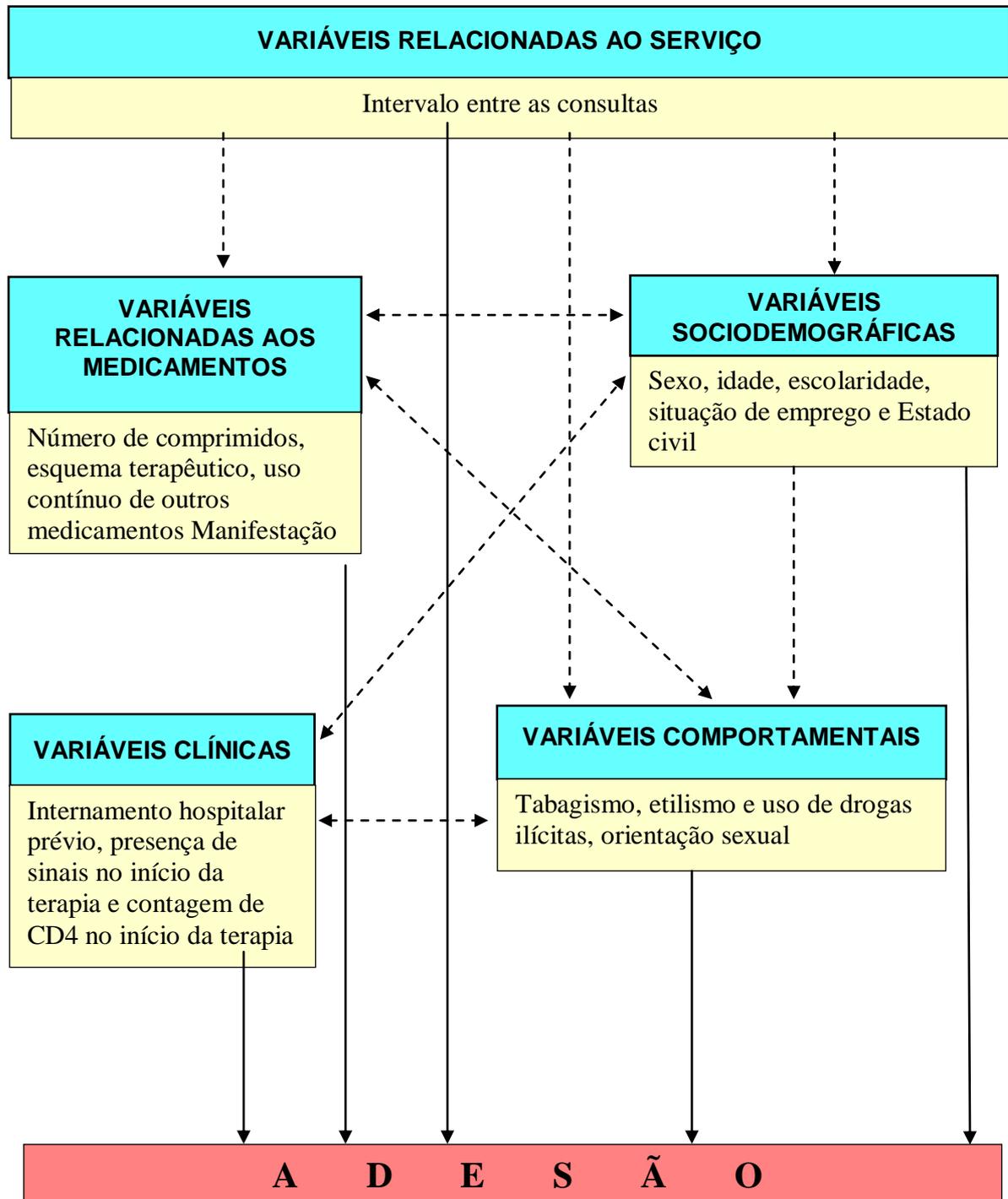
Conhecer as dificuldades enfrentadas pelas pessoas com HIV/aids permite uma melhor compreensão da não adesão, contribui para a melhoria dos serviços ofertados, serve de subsídio para a elaboração de políticas que contemplem as necessidades desse grupo de pessoas e para a melhoria do trabalho das equipes de profissionais que lidam com essas dificuldades no atendimento desses indivíduos (MELCHIOR et al, 2007; BRITO et al, 2006).

Ainda são poucos os estudos no Nordeste para avaliar a não adesão aos antirretrovirais e a Bahia carece de dados que favoreçam o desenvolvimento de estratégias que fomentem a adesão à TARV. Além disso, o sucesso da terapia depende da adesão dos pacientes e do conhecimento da equipe de profissionais que os acompanha sobre os fatores que podem contribuir para a não adesão; e os estudos sobre esses fatores não são conclusivos (COLOMBRINI; LOPES; FIGUEIREDO, 2006; PAIVA et al, 2000).

### **PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO**

Quais os fatores que influenciam a não adesão à TARV entre as pessoas infectadas pelo HIV atendidas em uma Unidade de Saúde de Referência na cidade de Salvador?

## MODELO PREDITIVO DA ADESÃO



(Adaptado da OMS, 2003)

## **OBJETIVOS**

### **GERAL**

Investigar fatores associados à não adesão à TARV entre os usuários que iniciaram a terapia no ano de 2009 em uma Unidade de Saúde de Referência no atendimento a pessoas com HIV/aids em Salvador, Bahia.

### **ESPECÍFICOS**

- Descrever o perfil sociodemográfico dos usuários da TARV acompanhados na Unidade de Saúde selecionada.
- Analisar os fatores associados à não adesão à TARV entre os indivíduos que iniciaram a TARV no ano de 2009 na referida Unidade de Saúde.

### **METODOLOGIA**

#### **DELINEAMENTO DA PESQUISA**

Trata-se de um estudo de corte transversal para investigar a não adesão ao tratamento ARV em pacientes atendidos em uma Unidade de Saúde da cidade de Salvador. O local escolhido foi uma Unidade de Saúde de Referência no atendimento a pessoas com HIV/aids, de onde foram coletados os dados a serem utilizados no estudo. No ano de 2009, foram notificados no estado da Bahia 801 casos novos de aids, destes 519 (64,79%) eram residentes em Salvador. A unidade de referência onde se realizou este estudo, foi responsável pela notificação de 54,14% dos casos de Salvador, totalizando 281 casos.

Foram incluídos no estudo 216 pacientes com aids, matriculados e em acompanhamento na Unidade, com idade igual ou superior a 13 anos, de ambos os sexos, virgens de tratamento ARV e que tiveram sua primeira prescrição de antirretrovirais entre 02 de janeiro de 2009 e 30 de dezembro de 2009. Todos foram acompanhados por um período mínimo de seis meses e para assegurar seu

seguimento, foram coletados dados até o dia 30 de junho de 2010, data limite para a coleta de dados.

Dos 281 pacientes que iniciaram TARV na unidade, 38 abandonaram a terapia antes de completar 6 meses, 18 deles foram transferidos para outras unidades dispensadoras de antirretrovirais em menos de seis meses após iniciar a terapia, 5 evoluíram para óbito antes de completar seis meses de uso da TARV e 4 estavam sendo acompanhados por médicos que não trabalham na unidade em estudo e para eles não foi possível coletar os dados necessários para a análise. No total, foram excluídos do estudo 65 indivíduos (23,13%).

## **COLETA DE DADOS**

### **• CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE**

A Unidade de Saúde onde foi realizado o estudo é uma Instituição pública do Sistema Único de Saúde (SUS), pertencente à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e ligada à Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS), está localizada no bairro do Garcia, em Salvador, promove atividades de diagnóstico, assistência e pesquisa com atenção voltada aos portadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis e do vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), causador da aids, cujo objetivo consiste em assegurar uma atenção de excelência e melhoria da qualidade de vida dos usuários.

Originalmente, foi o Centro de Referência em Doenças Sexualmente Transmissíveis (CRE/DST) e o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), ambos criados em 1994. Em 2001, foi criado o Centro de Referência Estadual de Aids (CREAIDS) e, cinco anos após, em 2006, a portaria nº. 472 unificou as Unidades com a denominação única de CREAIDS. Contudo, em 11 de fevereiro de 2009, passou a ser denominado Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa - CEDAP. Esta mudança foi definida através da Lei nº. 11.373, aprovada pela Assembléia Legislativa da Bahia, sendo então concretizado um desejo compartilhado entre os usuários, profissionais de saúde e demais trabalhadores.

Hoje, conta com ambulatorios, constituídos por consultórios especializados, onde atua uma equipe multiprofissional treinada e periodicamente capacitada para o atendimento de sua clientela com serviços de Infectologia, Psicologia, Odontologia, Serviço Social, Acompanhamento Farmacoterapêutico, Ginecologia, Neurologia, Fisioterapia, Nutrição, Cardiologia, Dermatologia, Enfermagem, Laboratório, entre outros serviços e atividades oferecidos pelos profissionais e colaboradores. Atualmente a Unidade atende mais de quatro mil pessoas, e cerca de 1800 estão em uso de terapia antirretroviral.

De acordo com o funcionamento da Unidade, durante o período do estudo, os pacientes com diagnóstico da infecção por HIV, realizado em laboratório próprio ou encaminhados por outros serviços, tanto públicos como privados, eram acolhidos na unidade pela equipe de enfermagem, cadastrados e recebiam um número de prontuário e depois encaminhados para consulta com um médico infectologista. Dependendo do estado clínico do paciente, avaliado pela equipe de enfermagem, a consulta poderia ocorrer no mesmo dia ou ser marcada para outra data.

Os pacientes com prescrição de antirretrovirais, recebida após consulta médica na unidade ou encaminhados com esta por outros serviços, compareciam à farmácia para a retirada de seus medicamentos e, após efetuá-la, era marcada uma nova data para a próxima retirada, aproximadamente um mês após a anterior. No entanto, os pacientes raramente seguiam a data marcada e compareciam à farmácia de acordo com a sua conveniência.

Caso fosse verificado um atraso superior a uma semana, o paciente era encaminhado para um farmacêutico que analisava a situação e o reorientava quanto à importância da adesão ao tratamento. Se o atraso fosse superior a 3 meses, o caso era tratado como abandono de terapia e o paciente não podia retirar os medicamentos naquele momento, antes, um farmacêutico era chamado e atendia o mesmo para explicar a situação, falar da importância da adesão e das possíveis consequências advindas da não adesão. Em seguida, o paciente era encaminhado para avaliação com um infectologista e só depois da consulta o mesmo retornaria à farmácia para a retirada dos medicamentos, orientada por um farmacêutico.

Atualmente, só para a retirada de antirretrovirais, são realizados cerca de 90 atendimentos diários.

Os dados foram coletados em um formulário próprio, adaptado do instrumento de coleta de dados criado por Brito e colaboradores (2006) (Vide Anexo), a partir da revisão dos prontuários médicos e dos registros de dispensação da farmácia. Esses registros são feitos em pastas individualizadas e por meio eletrônico, durante o atendimento dos pacientes que comparecem à farmácia para retirada de medicamentos. As pastas são preparadas especificamente para esse fim, são numeradas com a mesma numeração do prontuário médico dos pacientes e são armazenadas na farmácia.

Inicialmente, foi feito um levantamento de todos os pacientes que iniciaram a TARV em 2009, a partir dos registros da farmácia, por meio do Sistema Informatizado de Prontuários – *Smart*, no qual os usuários são cadastrados ao iniciarem seu acompanhamento. Com esse procedimento foram contabilizados 281 pacientes. Em seguida, foi feita uma primeira revisão nas pastas de registro de dispensação da farmácia para verificar quais dos usuários que iniciaram a TARV em 2009 ainda permaneciam em seguimento farmacoterapêutico na unidade. Com base nesse levantamento, 61 pacientes foram retirados por ter abandonado a terapia, ter sido transferido para retirar medicamentos em outra unidade de saúde ou por ter evoluído para óbito antes de completar os seis primeiros meses após terem iniciado a TARV. Durante a coleta de dados, outros quatro pacientes foram excluídos por fazer seu acompanhamento médico fora da unidade em estudo e não ter disponível em seus registros, tanto na farmácia como em seu prontuário médico, os dados necessários para a análise proposta neste trabalho.

## **VARIÁVEIS**

### **VARIÁVEL DE DESFECHO**

A variável de desfecho deste estudo é a não adesão em um período de 6 meses, operacionalizada a partir dos registros de retirada de medicamentos na farmácia, de acordo com o agendamento de cada indivíduo. Para a primeira retirada, foi considerada a data da primeira dispensação de antirretrovirais posterior à prescrição médica dos mesmos. Para cada paciente foi construído um indicador binário com valores zero e um, para classificar seu estado de adesão. O valor zero corresponde ao não comparecimento à farmácia para a retirada de medicamentos na data agendada, e o valor um corresponde ao comparecimento, considerando um atraso máximo de sete dias. Foi obtido, para cada indivíduo, ao final de seis meses, um índice que variou entre 0 e 6, dado pela soma dos valores do indicador binário. Para fins analíticos e de decisão, os pacientes foram agrupados em adesão: aqueles que obtiveram índice  $\geq 5$ , e não adesão, aqueles que obtiveram índice  $< 5$ , adotando-se como ponto de corte 80% das retiradas (BRITO et al, 2006).

### **OUTRAS VARIÁVEIS DO ESTUDO**

As demais variáveis do estudo foram classificadas em quatro grupos: sociodemográficas, relacionadas aos medicamentos, clínicas e relacionada ao serviço. As variáveis que compõem cada grupo estão relacionadas no quadro seguinte:

### Quadro de Variáveis

Variável	Categoria
<b>Sociodemográficas</b>	
Sexo	Masculino/Feminino
Idade	Menor que 34 anos 34 anos e mais
Estado civil	Solteiro/vive só Casado
Orientação sexual	Homo/bissexual Heterossexual
Escolaridade	Anos de estudo (concluídos)
Situação de trabalho/renda fixa	Sim/Não
Etilismo no momento da consulta	Sim/Não
Tabagismo no momento da consulta	Sim/Não
Uso drogas ilícitas no momento da consulta	Sim/Não
<b>Clínicas</b>	
CD4 no início da TARV	Variável contínua
Sintomatologia no início da TARV	Sim/Não
Tempo da infecção por HIV à aids	Variável contínua
Início da TARV em internamento hospitalar	Sim/Não
Internamento hospitalar até 6 meses antes do início da TARV	Sim/Não
<b>Relacionadas aos Medicamentos</b>	
Manifestação de reações adversas	Sim/Não
Uso contínuo de outros medicamentos	Sim/Não
Número de comprimidos/dia	Até 4 comprimidos Mais de 4 comprimidos
Esquema terapêutico	*2 ITRN + 1 ITRNN 2 ITRN + 1 IP/r
<b>Relacionada ao Serviço</b>	
Intervalo entre as consultas (em meses)	Variável contínua

\* ITRN – Inibidor da Transcriptase Reversa Análogo de Nucleosídeo  
 ITRNN – Inibidor da Transcriptase Reversa Não Análogo de Nucleosídeo  
 IP/r – Inibidor da Protease reforçado com Ritonavir

## **PLANO DE ANÁLISE**

Análise descritiva da amostra, segundo as variáveis de estudo, com a determinação das freqüências das mesmas e determinação de medida de tendência central. Análise bivariada para verificar a associação entre não adesão e as demais variáveis do estudo para toda a população e em subgrupos por meio do teste qui-quadrado e teste exato de Fisher. Análise multivariada por meio de regressão logística com estimativa de odds ratios e respectivos intervalos de confiança da associação entre as variáveis preditoras e a não adesão dos usuários aos antirretrovirais. As análises foram realizadas com o programa STATA versão 07, licenciado para o Instituto de Saúde Coletiva da UFBA.

## **ASPECTOS ÉTICOS**

O presente trabalho baseou-se na legislação vigente (Resolução 196/96) que trata da regulamentação de pesquisas envolvendo seres humanos, tendo sido submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

## RESULTADOS

### ARTIGO

---

# FATORES ASSOCIADOS À NÃO ADESÃO AOS ANTIRRETROVIRAIS EM ADULTOS COM AIDS NO INÍCIO DA TERAPIA EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA NO ATENDIMENTO A PESSOAS COM HIV/AIDS NO ESTADO DA BAHIA<sup>1</sup>, 2009.

José Adriano Góes Silva<sup>2</sup>, Inês Dourado<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup>Centro de Referência Vinculado à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

<sup>2</sup>Farmacêutico do Centro de Referência – Secretaria de Saúde da Bahia

<sup>3</sup>Professora Doutora do Instituto de Saúde Coletiva - UFBA

## ABSTRACT

**Objective:** Cross-sectional study was conducted to investigate factors associated with non-adherence to antiretroviral therapy (ART) among patients who initiated therapy in 2009 in a Reference Center for HIV/aids care Salvador, Northeast Brazil.

**Methods:** Non-adherence was defined as non removal of antiretroviral drugs at the pharmacy on the scheduled date, considering a maximum delay of 7 days during six months of follow up. After six months, it was obtained an index that ranged from 0 to 6. Data were collected from medical and pharmacy dispensing records. The study included 216 aids patients aged over 13 years, of both sexes, antiretroviral naïve and had their first prescription of ARV drugs between January 2, 2009 and December 30, 2009. All patients were followed for six months.

**Results:** Of 216 patients, 65.3% were males, mean age of 37.8 years. 64.4% said they were unmarried, heterosexual (64.0%); 65.3% referred 8 years of education or more, 61.5% reported alcohol use. Most reported no smoking or illicit drug use. 94.0% initiated ART with CD4 <350/mm<sup>3</sup>, 61.8% were symptomatic at the start of HAART and 68.4% had adverse reactions to medications (AR). We estimate a prevalence of adherence of 75.0% (n=162), of whom 66.7% were aged ≥ 34 years, 69.1% had 8 years education, not using illicit drugs and 73.3 % showed no AR. Variables associated with non-adherence were greater interval between HIV infection and aids diagnosis (OR=3,9, 95% CI 1,70 – 9,02), the manifestation of AR (OR=2,4, 95% CI 1,12 – 5,00), age less than 34 years (OR=2,2, 95% CI 1,04 – 4,49), less than 8 years of education (OR=2,2, 95% CI 1,05 – 4,80) and illicit drug use (OR=2,6, 95% CI 0,63 – 10,41).

**Conclusion:** In addition to the importance of individual, factors it is necessary to improve the structure of care services to patients with HIV/ aids to promote adherence, and implement measures to assess and develop joint activities with professionals and patients to further improve adherence to ART.

**Keywords:** adherence, risk-factors, HAART, aids

## RESUMO

**Objetivo:** Estudo de corte transversal com o objetivo investigar fatores associados à não adesão à terapia antirretroviral (TARV) entre os pacientes que iniciaram a terapia em 2009 em uma Unidade de Saúde de Referência no atendimento a pessoas que vivem com HIV/aids em Salvador/BA. **Métodos:** A não adesão foi definida pela não retirada de medicamentos na farmácia na data agendada, sendo considerado um atraso máximo de 7 dias. Ao final de seis meses, foi obtido um índice que variou de 0 a 6. Os dados foram coletados dos prontuários e dos registros de dispensação da farmácia. Foram incluídos no estudo pacientes com aids com idade igual ou superior a 13 anos, de ambos os sexos, virgens de tratamento antirretroviral e que tiveram sua primeira prescrição de ARV entre 2 de janeiro de 2009 e 30 de dezembro de 2009. Todos foram acompanhados por seis meses. **Resultados:** Dos 216 pacientes, 65,3% eram do sexo masculino; idade média de 37,8 anos. Cerca de 60% se declararam solteiros; heterossexuais; tinham mais de 8 anos de estudo e faziam uso de bebida alcoólica. A maioria não relatou tabagismo ou uso de drogas ilícitas. Aproximadamente 94,0% iniciaram a TARV com CD4 <350/mm<sup>3</sup>, 61,8% estavam sintomáticos no início da TARV e 68,4% apresentaram reação adversa aos medicamentos (RAM). A prevalência de adesão foi de 75,0%. As variáveis associadas a não adesão foram maior tempo entre a infecção pelo HIV e o diagnóstico de aids (OR=3,9, 95% IC 1,70 – 9,02), reação adversa aos medicamentos (OR=2,4, 95% IC 1,12 – 5,00), idade menor que 34 anos (OR=2,2, 95% IC 1,04 – 4,49), menos que 8 anos de estudo (OR=2,2, 95% IC 1,05 – 4,80) e uso de drogas ilícitas (OR=2,6, 95% IC 0,63 – 10,41). **Conclusão:** Além de fatores relacionados aos indivíduos, é necessário melhor estruturar os serviços de atendimento aos pacientes com HIV/aids para a promoção da adesão, além da implementação de medidas de avaliação e do desenvolvimento de atividades conjuntas com profissionais do serviço e pacientes.

Palavras Chave: adesão, preditores, TARV, aids

## INTRODUÇÃO

A eficácia da terapia antirretroviral já está estabelecida assim como o aumento da sobrevivência dos usuários que realizam o tratamento de forma adequada (PATERSON, 2000; HAYNES, 1996; BRASIL, 2008). Porém, o sucesso da terapia para indivíduos infectados pelo HIV depende principalmente do uso regular dos medicamentos antirretrovirais (ARV's). A não adesão ao uso de ARV's tem sido considerada como um risco para o sucesso do tratamento e para o investimento feito pelo governo para a oferta de medicamentos antirretrovirais (BRITO, 2006; NEMES et al., 1999).

O acompanhamento dos indivíduos vivendo com HIV/aids nos serviços de saúde, tem demonstrado que a irregularidade na tomada dos comprimidos que compõem o tratamento é uma condição muito presente na vida das pessoas que utilizam esses medicamentos. O Consenso Brasileiro para a Terapia Antirretroviral aponta que a adesão “não é um processo linear, dificuldades ocorrem ao longo do tempo com momentos de maior ou menor adesão para todos os usuários. Portanto, não é uma característica do usuário ‘ser aderente’, mas sim uma condição de ‘estar aderente’” (BRASIL, 2008).

De acordo com Carvalho et al (2007), a adesão ao tratamento antirretroviral é definida como a efetiva tomada da medicação segundo o prescrito pelo profissional de saúde. Para o Ministério da Saúde, a adesão deve ser entendida como um processo dinâmico e multifatorial que abrange aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais (BRASIL, 2005).

No Brasil, pesquisadores têm se dedicado ao estudo da adesão e dos fatores relacionados à dificuldade de adesão à TARV. Estudo em São Paulo encontrou uma prevalência de adesão de 69% (NEMES et al., 1999). Essa mesma pesquisadora conduziu outro estudo, em diversos estados brasileiros, e encontrou uma prevalência de 75% de adesão entre os usuários atendidos em Unidades de Saúde (NEMES et al., 2004).

A adesão pode ser aferida por método direto e indireto. No primeiro caso, DOT (*Directly observed therapy*), são observados os níveis séricos dos medicamentos

antirretrovirais ou de seus metabólitos e são utilizados marcadores biológicos. É um método caro e mede a adesão recente, porém é a única forma de se avaliar diretamente a quantidade ingerida dos medicamentos. No método indireto, são utilizadas estratégias como questionário ou auto relato, registros da farmácia e contagem de pílulas (WHO, 2003; PINTO, 2006; LEITE; VASCONCELOS, 2003)

Muitos fatores estão relacionados com a não adesão. Em uma revisão da literatura, Bonolo et al. (2007) destacam a associação da não adesão com características sociodemográficas, acesso e uso de serviços de saúde, fatores psicossociais, percepção da doença e fatores relacionados ao tratamento. Entre os trabalhos revisados pela autora, a prevalência média de não adesão à TARV foi de 30,4%.

Mais recentemente, Silva et al. (2009) encontraram associação entre não adesão e uso de álcool, baixa renda familiar e tempo de diagnóstico entre 1 e 3 anos. Esses mesmos autores também discorrem sobre a complexidade do regime terapêutico, apontando-o como fator desfavorável à adesão à TARV.

O presente trabalho tem como objetivo investigar fatores associados a não adesão à TARV entre os pacientes que iniciaram a terapia no ano de 2009, e foram acompanhados por seis meses, em uma Unidade de Saúde de Referência no atendimento a pessoas com HIV/aids em Salvador, Bahia.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo de corte transversal entre pacientes atendidos em uma Unidade de Saúde da cidade de Salvador. Os dados foram coletados em um formulário específico, a partir da revisão dos prontuários médicos e dos registros de dispensação da farmácia. O formulário foi adaptado do instrumento de coleta de dados criado por Brito e colaboradores (2006).

A Unidade de Saúde onde foi realizado o trabalho é uma instituição pública que pertence à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e que promove atividades de diagnóstico, assistência e pesquisa voltadas para portadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis, especialmente aquelas com HIV/ aids, sendo o Centro

de Referência do estado. É unidade que atende ao maior número de pessoas com HIV/aids na Bahia, atualmente cerca de 1800 usuários de ARV's.

Foram incluídos no estudo 216 pacientes com aids, matriculados e em acompanhamento na Unidade, com idade igual ou superior a 13 anos, de ambos os sexos, virgens de tratamento ARV e que tiveram sua primeira prescrição de antirretrovirais entre 02 de janeiro de 2009 e 30 de dezembro de 2009. Todos foram acompanhados por um período mínimo de seis meses e para assegurar seu seguimento, foram coletados dados até o dia 30 de junho de 2010.

Dos 281 pacientes que iniciaram TARV na unidade, 38 abandonaram a terapia antes de completar 6 meses, 18 deles foram transferidos para outras unidades dispensadoras de antirretrovirais em menos de seis meses após iniciar a terapia, 5 evoluíram para óbito antes de completar seis meses de uso da TARV e 4 estavam sendo acompanhados por médicos que não trabalham na unidade em estudo e para eles não foi possível coletar os dados necessários para a análise. No total, foram excluídos do estudo 65 indivíduos (23,13%).

A variável de desfecho deste estudo é a não adesão, operacionalizada a partir dos registros de retirada de medicamentos na farmácia, de acordo com o agendamento de cada indivíduo. Para a primeira retirada, foi considerada a data da primeira dispensação posterior à prescrição médica dos medicamentos antirretrovirais. Considerou-se um atraso máximo de sete dias em cada mês para a retirada. Para cada paciente foi construído um indicador binário, com valores zero e um para classificar seu estado de adesão. O valor zero corresponde ao não comparecimento à farmácia para a retirada de medicamentos na data agendada, e o valor um corresponde ao comparecimento. Foi obtido, para cada indivíduo, ao final de seis meses, um índice que variou entre 0 e 6, dado pela soma do indicador binário. Para fins analíticos e de decisão, os pacientes foram agrupados em adesão: aqueles que obtiveram índice  $\geq 5$ , e não adesão, aqueles que obtiveram índice  $< 5$  (BRITO et al, 2006).

As demais variáveis do estudo foram classificadas em três grupos: variáveis relacionadas aos medicamentos, sociodemográficas e clínicas. No primeiro grupo,

foram incluídas: número de comprimidos/dia (até 4 comprimidos ou mais de 4 comprimidos); esquema terapêutico (2 ITRN + 1 ITRNN, 2 ITRN + 1 IP/r), uso contínuo de outros medicamentos (sim ou não); manifestação de reações adversas (sim ou não). No segundo grupo, as variáveis sociodemográficas: idade (menor que 34 anos ou 34 anos e mais); sexo (masculino e feminino); estado civil (solteiro/vive só ou casado); orientação sexual (homo/bissexual ou heterossexual); escolaridade (até 8 anos de estudo ou mais de 8 anos de estudo); situação de emprego/renda (empregado/renda fixa, desempregado); tabagismo (sim ou não); etilismo (sim ou não); uso de drogas ilícitas (sim ou não). No terceiro grupo, as variáveis clínicas: CD4 no início da TARV (inferior a 350 células/mm<sup>3</sup> ou superior a 350 células/mm<sup>3</sup>); início de TARV com sintomatologia (sim ou não); Tempo entre o diagnóstico de HIV e a aids (até 6 meses ou mais de 6 meses); início de TARV em internamento hospitalar (sim ou não); Internamento hospitalar até 6 meses antes do início da TARV (sim ou não).

Inicialmente foi realizada análise descritiva da população, seguida de análise bivariada para verificar a associação entre não adesão e as demais variáveis do estudo por meio do teste qui-quadrado e teste exato de Fisher. Procedeu-se, então, à regressão logística com estimação de *odds ratios* e respectivos intervalos de confiança a 95% para se determinar os preditores da não adesão

O presente trabalho baseou-se na legislação vigente (Resolução 196/96) que trata da regulamentação de pesquisas envolvendo seres humanos, tendo sido submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

## **RESULTADOS**

A prevalência de adesão foi de 75% entre os pacientes que foram acompanhados por seis meses. Vale ressaltar que, dos 254 casos elegíveis, excluídos óbitos, transferências e os de atendimento externo, 14,9% (n=38) abandonaram a terapia em menos de seis meses. Dentre os 216 pacientes que permaneceram no estudo, 65,2% eram do sexo masculino (n = 141). A idade média foi de 37,8 anos, variando entre 21 e 70 anos, sendo que 62,5% tinham 34 anos ou mais (n=135).

Aproximadamente 68,0% eram solteiros ou viviam só (n=146), 65,3% referiram ter mais de 8 anos de estudo (n=141), 64,0% se declararam heterossexuais (n=128) e 56,9% estavam empregados ou tinham renda fixa (n=123). Entre os pacientes estudados, 61,5% declararam ingerir algum tipo de bebida alcoólica no início da terapia, 75,1% (n=154) não eram tabagistas no início da terapia e 93,7% referiram nunca ter utilizado drogas ilícitas (n=193). A Tabela 1 apresenta a distribuição das características sociodemográficas da população em estudo de acordo com seu estado de adesão.

Os pacientes apresentaram valor médio de CD4 de 191,9 cel/mm<sup>3</sup>, sendo que 94,4% deles tinham CD4 < 350 cel/ mm<sup>3</sup> e 63,4% apresentavam alguma sintomatologia característica da aids e/ou de doenças oportunistas. O tempo transcorrido entre o diagnóstico de HIV e a notificação de aids variou de 0 a 107,2 meses com mediana de 7,8 meses. Em relação à hospitalização, 5,2% dos pacientes iniciaram a terapia antirretroviral durante internamento hospitalar.

Considerando os últimos seis meses antes do início da TARV, 19,9% dos pacientes estiveram hospitalizados por algum motivo relacionado à aids. Cerca de 31,6% apresentaram reações adversas aos antirretrovirais, 11,6% dos pacientes faziam uso crônico de drogas para o controle de alguma outra doença, para 87,9% foi prescrita TARV com, no máximo, 4 comprimidos ao dia e 64,4% dos pacientes iniciaram a TARV com dois ITRN + 1 ITRNN. As variáveis clínicas e relacionadas com os medicamentos são apresentadas na Tabela 2.

A não adesão à TARV mostrou uma tendência de crescimento nos primeiros três meses, apresentou uma leve queda no quarto mês e voltou a crescer nos meses seguintes, de forma mais acentuada, conforme pode ser observado na Figura 1.

Após iniciar a terapia antirretroviral, as consultas com o infectologista que acompanha o paciente ocorreram de forma irregular. Somente 81 pacientes (37,5%) retornaram para consulta com seu médico para avaliar uso dos antirretrovirais nos primeiros 30 dias. O número de consultas decresceu a cada mês e no sexto mês apenas 15,3% (n=33) realizaram consulta médica, como mostra a Tabela 3. Alguns pacientes realizaram mais de uma consulta nesse período enquanto outros só

realizaram uma consulta. Também foi verificado que 30 pacientes não tiveram consulta médica subsequente nos seis primeiros meses. Merece destaque o tempo decorrido entre o início da TARV e a data da primeira consulta do paciente com seu médico assistente após o início do tratamento, conforme mostra a Tabela 3. Quase a metade dos pacientes só realizou a primeira consulta após o início do tratamento a partir do segundo mês. No primeiro mês em TARV, somente 37,5% tiveram consulta médica, para 1,4% a primeira consulta só foi realizada no sexto mês e 13,9% não retornaram para a primeira consulta.

Na Tabela 4, os pacientes foram distribuídos de acordo com o distrito sanitário onde residiam. Mais de 25% dos pacientes são procedentes dos distritos sanitários Barra/Rio Vermelho e Cabula/Beiru. O distrito sanitário que apresentou o menor índice de pacientes que iniciaram TARV foi o de Cajazeiras, 2,8% (n = 6), o de maior índice foi o da Barra/Rio Vermelho, 13,4% (n = 29) e 19,4% (n = 42) dos pacientes são provenientes de cidades do interior do estado.

Em 15,3% (n = 33) dos pacientes foi verificada mudança de terapia no período de seguimento. Só no primeiro mês, 39,4% mudaram a TARV. Dos pacientes que modificaram seu primeiro esquema terapêutico, 9 (27,3%) ainda tiveram nova mudança em seus medicamentos, sendo que 22,2% das mudanças ocorreram no primeiro mês após a mudança anterior.

Em relação ao número de consultas, 86,1% tiveram uma única consulta nos seis meses de seguimento e somente 49,5% realizaram duas consultas. O tempo entre as consultas variou muito, desde um mês, para os 4 pacientes com cinco consultas, até quatro meses, para os 4 pacientes que tiveram duas consultas, não sendo verificado um padrão no intervalo de tempo entre as consultas. Também não foi verificada associação entre adesão e o intervalo de tempo entre as consultas.

Com relação às variáveis sociodemográficas, conforme a Tabela 1, não foi observada diferenças entre os grupos adesão e não adesão quanto ao sexo e estado civil. Percebe-se pequena diferença quanto à orientação sexual, situação de emprego e renda, etilismo e tabagismo, contudo sem significância estatística. Em relação ao uso de drogas ilícitas, os grupos se mostram diferentes, mas a diferença

não alcançou a significância estatística. Foi observada diferença estatisticamente significativa quanto à faixa etária, sendo mais aderentes os pacientes com 34 anos ou mais (valor de  $p = 0,028$ ) e quanto ao tempo de escolaridade, que mostra maior aderência entre os pacientes com mais de 8 anos de estudo (valor de  $p = 0,039$ ) - Tabela 1.

Considerando as variáveis clínicas, os grupos adesão e não adesão apresentaram pequena diferença quanto ao número de células TCD4 e ao quadro clínico apresentado pelo paciente no início da TARV e quanto a iniciar a terapia durante internamento hospitalar, mas sem significância estatística – Tabela 2.

Foi encontrada diferença estatisticamente significativa quanto ao tempo entre o diagnóstico de HIV e a notificação de aids. A não adesão foi maior entre os pacientes que tiveram diagnóstico de aids após um período superior a 6 meses do diagnóstico de infecção pelo HIV (valor de  $p < 0,001$ ). Os grupos também são diferentes em relação a ter estado hospitalizado há menos de seis meses antes de iniciar o tratamento antirretroviral, sendo que, entre aqueles que não foram hospitalizados antes de iniciar a TARV, a não adesão foi maior, (valor de  $p = 0,022$ ) – Tabela 2.

Quanto às variáveis relacionadas aos medicamentos, não foi encontrada diferença entre os grupos adesão e não adesão em relação ao uso crônico de outros medicamentos e ao tipo de esquema antirretroviral usado pelo paciente. Foi verificada uma pequena diferença em relação ao número de comprimidos ingeridos diariamente, mas essa diferença não obteve significância estatística. Entre as variáveis relacionadas aos medicamentos estudadas, a única que apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos foi a manifestação de reação adversa com o uso dos antirretrovirais (valor de  $p = 0,006$ ) - Tabela 2.

A associação entre adesão e as variáveis em estudo também foi testada por meio de regressão logística. Para compor o modelo logístico, foram incluídas todas as variáveis que se apresentaram estatisticamente associadas com a variável de desfecho na análise bivariada, além das variáveis: uso de drogas ilícitas e número de comprimidos da TARV, pois os valores da associação entre elas e a não adesão

atingiram significância estatística próxima a 0,05 e em outros estudos elas se mostraram estatisticamente associadas à adesão (GORDILLO et al, 1999; BRITO; SZWARCOWALD; CASTILHO, 2006; BONOLO; GOMES; GUIMARÃES, 2007; MEHTA; MOORE; GRAHAM, 1997; SILVA et al, 2009; COLOMBRINI; COLETA; LOPES, 2008).

As variáveis tempo entre o diagnóstico da infecção pelo HIV e a aids, presença de reação adversa aos medicamentos, hospitalização até seis meses antes do início da TARV, idade, escolaridade permaneceram associadas a não adesão e a variável uso de drogas ilícitas na vida apresentou-se estatisticamente associada à não adesão. Com base nos resultados encontrados, os pacientes com tempo superior a seis meses entre o diagnóstico de infecção pelo HIV e o diagnóstico de aids têm aproximadamente quatro vezes mais chance de não aderir à TARV em relação aos com menos de seis meses - Tabela 5.

Os pacientes que usam drogas ilícitas, com menos de 34 anos, que estudaram menos de 8 anos ou que manifestaram reação adversa aos medicamentos apresentam duas vezes mais chance de não aderir ao tratamento do que aqueles que não usam drogas ilícitas, têm 34 anos ou mais, estudaram 8 ou mais anos ou não apresentaram reação adversa aos medicamentos. Ter sido hospitalizado até 6 meses antes do início da TARV se mostrou como um “fator protetor”. Ou seja, quem esteve internado nesse período aderiu mais ao tratamento - Tabela 5.

## **DISCUSSÃO**

Os resultados deste estudo revelaram uma prevalência de não adesão de 25%, compatível com os de outros trabalhos realizados no Brasil (NEMES et al, 2004; SILVA et al, 2009; CARVALHO; HAMANN; MATSUSHITA, 2007, NEMES et al, 1999). Porém, o sucesso da TARV requer um nível de adesão maior ou igual a 95% (PATERSON et al, 2000). Em revisão sistemática, realizada pelo grupo de pesquisa do Projeto ATAR, a taxa média encontrada da prevalência de não adesão foi de 32,8% (BRASIL 2010b). O contraste entre esses valores pode contribuir para explicar o aumento no uso de medicamentos em esquemas terapêuticos de resgate devido ao desenvolvimento de resistência viral aos esquemas iniciais, geralmente

ocorridas em consequência da falta de adesão (HALLAL et al, 2010; MEHTA; MOORE; GRAHAM, 1997; GORDIN et al, 2006) .

A farmácia se apresenta como um local estratégico para se investigar a não adesão. A partir da análise dos registros das retiradas dos medicamentos é possível identificar os pacientes com retiradas irregulares ou que apresentam queixas em relação aos medicamentos. Essas informações são úteis para planejamento de ações de promoção da adesão e identificação precoce de pacientes em potencial risco de não adesão. A identificação das retiradas irregulares nos centros de referência foram destacadas como preocupantes pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b).

Embora o período de seguimento tenha sido de apenas 6 meses, vale ressaltar que aproximadamente 15% dos pacientes que iniciaram a TARV abandonaram o tratamento nesse período. Esse achado, apesar de não ter sido mais explorado, pode estar relacionado com a manifestação de reações adversas aos antirretrovirais, um dos principais preditores da não adesão encontrados no presente trabalho e que também é apontado por outros autores como preditor da não adesão (MEHTA; MOORE; GRAHAM, 1997; BONOLO; GOMES; GUIMARÃES, 2007; COLOMBRINI; COLETA; LOPES, 2008).

O elevado índice de pacientes que iniciaram a terapia apresentando sintomatologia associada à imunodeficiência ou à alguma doença oportunistas (63,4%) e contagem de células CD4 < 200 cel/mm<sup>3</sup> (50%), sugerem um início tardio da terapia medicamentosa e revelam que existem barreiras para o acesso ao diagnóstico e tratamento da aids que precisam ser melhor investigadas. Quando os pacientes têm contagem de CD4 superior a 200 cel/mm<sup>3</sup> e não apresentam sintomatologia tendem a não valorizar o tratamento e podem não aderir à TARV (BRASIL, 2010b).

A associação entre baixa escolaridade (menos de 8 anos de estudo) e não adesão, somada ao fato de que aproximadamente 43% dos pacientes se declararam desempregados ou sem renda fixa, pode ser um indicador de baixo nível socioeconômico. Esse resultado se assemelha ao de outros trabalhos encontrados na literatura (CARVALHO; HAMANN; MATSUSHITA, 2007; NEMES et al, 1999; SILVA et al, 2009) e contribuiu para explicar a dificuldade encontrada pelos

profissionais em promover a adesão dos pacientes, que muitas vezes reportam a falta de recursos como limitador do acesso à unidade para retirada dos medicamentos e também a dificuldade destes em compreender a importância da adesão.

Apesar da associação entre adesão e consumo de bebida alcoólica não alcançar significância estatística, é importante ressaltar que esse resultado diverge de outros pesquisadores (SILVA et al, 2009; BONOLO; GOMES; GUIMARÃES, 2007; NEMES et al, 1999) e que muitos pacientes relatam interrupção do uso dos medicamentos no final de semana para consumir bebidas alcoólicas, o que poderia ser considerada falha na adesão, mas a metodologia utilizada neste trabalho não contempla esse tipo de perda de doses.

O tempo entre a infecção pelo vírus e o diagnóstico da doença foi o preditor associado de forma mais consistente com a não adesão. A compreensão da necessidade da terapia, as consequências da não adesão, a importância do acompanhamento médico e laboratorial, entre outros, são fatores que devem ser amplamente debatidos junto com os pacientes que se descobrem infectados pelo HIV, principalmente se a terapia medicamentosa ainda não é necessária. Isso vai ajudar o paciente a se preparar para iniciar e manter a TARV quando esta for necessária.

Sexo, estado civil, orientação sexual e tabagismo não estiveram associados à não adesão, esse achado corrobora os resultados obtidos por outros autores que analisaram esses preditores da não adesão e também não encontraram significância na associação (SEIDL et al, 2007; LIGNANI; GRECO; CARNEIRO, 2001; SILVA et al, 2009).

Não foi observada uma regularidade nas consultas subsequentes ao início da terapia. Idealmente os pacientes deveriam ser reavaliados em curto espaço de tempo para verificar sua adaptação ao esquema prescrito, o surgimento de reações indesejadas e principalmente a adesão à TARV. Aproximadamente 14% dos pacientes não realizaram nenhuma consulta em seis meses de tratamento (Tabela 3). Apenas cerca de 50% dos pacientes estiveram com seu médico duas vezes

nesse mesmo período. É importante estar próximo do paciente após o início da TARV para avaliar e acompanhar a utilização aos ARV's, identificar o surgimento de possíveis reações adversas aos medicamentos e resolvê-las, corrigir possíveis erros de administração e oferecer suporte emocional, se necessário (BRASIL, 2010b). A falta de consultas ou o longo tempo entre elas revela uma fragilidade no acompanhamento dos pacientes que iniciam a TARV e favorece a não adesão e o abandono da terapia.

## **CONCLUSÃO**

Este estudo revelou que os pacientes que iniciaram a terapia antirretroviral em 2009 na unidade em questão tiveram como principais preditores da não adesão o maior tempo entre o diagnóstico de HIV e a manifestação da aids, a manifestação de reações adversas aos medicamentos, a idade inferior a 34 anos, a baixa escolaridade e o uso de drogas ilícitas, além de apresentar como fator de proteção para a não adesão, a hospitalização antes de iniciar a TARV.

Assegurar o esquema terapêutico inicial pode favorecer a adesão, por isso é importante investigar os motivos que levaram mais de 15% dos pacientes a mudar seu primeiro esquema antirretroviral.

Foi encontrado um índice de abandono de 15% entre os pacientes nos seis meses de acompanhamento e não foi identificado qualquer registro de ação voltada para a identificação e busca destes pacientes que deixaram de cumprir o tratamento. Investigar os motivos que levam os pacientes a abandonar a TRAV tão precocemente e desenvolver estratégias para promover a redução das taxas de abandono podem contribuir para a excelência dos serviços prestados aos pacientes acompanhados pela unidade de saúde.

O cenário encontrado contrasta com o proposto pelo Ministério da Saúde, que é de fácil acesso ao diagnóstico, assistência e tratamento do HIV/aids. É necessário envidar esforços para identificar os obstáculos que se antepõem aos pacientes retardando sua chegada aos serviços de saúde.

Promover encontros periódicos com toda a equipe envolvida na assistência ao paciente, debater os principais problemas enfrentados, tanto pelos pacientes como pela própria equipe, com o objetivo de melhorar a adesão ao tratamento, criar espaços e fomentar o encontro dos próprios pacientes para a troca de experiências e de vivências, são medidas simples de se programar e executar e podem favorecer a mudança da atual realidade melhorando os indicadores aqui apresentados.

## REFERÊNCIAS:

BONOLO, P. F.; GOMES, R. R. F. M.; GUIMARAES, M. D. C. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, vol. 16, n. 4, dez. 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV. Brasília; 2008.

BRASIL. Adesão aos Anti-retrovirais Manual para Profissionais de Saúde, Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim epidemiológico – Aids e DST. Ano V II – nº 1 – 26ª à 52ª semanas epidemiológicas julho à dezembro 2009 e 1ª à 26ª semanas epidemiológicas – janeiro à junho 2010. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil:coletânea de estudos do projeto atar**. Brasília, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Metas e compromissos assumidos pelos Estados-Membros na sessão especial da assembléia geral das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. **Resposta brasileira 2008-2009 relatório de progresso do país**. Brasília, 2010c.

BRITO, A. M.; SZWARCOWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. Fatores associados à interrupção de tratamento anti-retroviral em adultos com AIDS: Rio Grande do Norte, Brasil, 1999 - 2002. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 52, n. 2, abr. 2006.

CARVALHO C. V.; HAMANN E. M.; MATSUSHITA R. Determinantes da adesão ao tratamento anti-retroviral em Brasília, DF: um estudo de caso-controle. **Rev. Da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**; v. 40, n. 5, p. 555-565, set-out, 2007.

COLOMBRINI, M. R. C.; COLETA, M. F. D.; LOPES, M. H. B. M. Fatores de risco para a não adesão ao tratamento com terapia anti-retroviral altamente eficaz. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, 2008.

COLOMBRINI, M. R. C.; LOPES, M. H. B. M.; FIGUEIREDO, R. M. Adesão à terapia anti-retroviral para HIV/AIDS. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, dez. 2006.

DOURADO, M.I.C. et al. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p. 9-17, 2006. Suplemento.

FIGUEIREDO, R. M. et al. Adesão de pacientes com AIDS ao tratamento com anti-retrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, 2001.

GOMES, R. R. F. M. et al. Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicador da não-adesão à terapia anti-retroviral em indivíduos infectados pelo HIV. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, mar. 2009.

GORDILLO, V. et al. Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. **AIDS**. v. 13, n. 13, sep,1999.

GORDIN, F. et al. The strategies for management of antiretroviral therapy (SMART) study group. CD4+ count-guided interruption of antiretroviral treatment. **The New England Journal of Medicine**. v. 355, n. 22, nov. 2006.

HALLAL,R.et al. O acesso universal ao tratamento antirretroviral no Brasil **Rev. Tempus Actas em Saúde Pública**, Brasília, v. 4, n. 2, 2010.

HAYNES R. B.; MCKIBBON K. A.; KARANI R. Systematic review of randomized trials of interventions to assist patients to follow prescription for medications. **Lancet**, v. 348, n. 9024, p. 348:383-6, aug. 1996.

HERRERA, C. et al. Relación entre médicos y pacientes con VIH: influencia en apego terapéutico y calidad de vida. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, abr. 2008.

KITAHARA, M. M. et al. Effect of early versus deferred antiretroviral therapy for HIV on survival. **The New England Journal of Medicine**. V. 360, n. 18, apr. 2009.

LEITE, S. N.; VASCONCELOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, 2003.

LEWDEN, C. et al. Changes in causes of death among adults infected by HIV between 2000 and 2005: the “mortalité 2000 and 2005” surveys (ANRS EN19 and Mortavic). **J. Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 48, n. 5, aug. 2008.

LIGNANI, JR, L.; GRECO, D. B.; CARNEIRO, M. Avaliação da Aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/aids. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 6, p. 495-501, dez. 2001.

MACHTINGER, E. L; BANGSBERG D. R. Adherence to HIV anti-retroviral therapy. In:HIV In Site Knowledge Base. Disponível em <<http://www.hivinsite.com/InSite?page=kb-03-02-09> > Acesso em 25 de outubro de 2007.

MARINS, J. R. P. Acesso universal aos ARV hoje, uma prioridade mais do que nunca! **Rev. Tempus Actas em Saúde Pública**, Brasília, v. 2, n. 2, 2010.

MARINS, J. R. P. et al. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. **AIDS**, v. 17, n. 11, jul. 2003.

MEHTA, S; MOORE, R. D.; GRAHAM, N. M. H. Potential factors affecting adherence with HIV therapy. **AIDS**. v. 11, n. 14, nov, 1997.

MELCHIOR R, et al. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil. **Rev Saúde Pública**; v. 41, p. 87-93, 2007. Suplemento 2.

NEMES M. I. B.; SOUZA M. F. M. Antiretroviral therapy adherence in Brazil. **AIDS**, v. 18, 2004. Sup 3.

NEMES M.I.B. et al. Avaliação da aderência ao tratamento por anti-retrovirais de usuários de ambulatórios do Sistema Público de Assistência à AIDS no Estado de São Paulo: prevalência e fatores associados. São Paulo: Programa Estadual de DST e AIDS, Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo; 1999. Disponível em <<http://www.Aids.gov.br/avalia1/home.htm>>

NEMES, M.I.B. et al. Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em Aids no Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 55, n. 2, 2009.

OMS. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: Relatório Mundial. Brasília: Organização Mundial de Saúde; 2003.

Organización Mundial da la Salud. El papel del farmacéutico en el sistema de atención a la salud. In: REUNIÓN DE LA OMS, 1993, Tokio. Informe. Genebra: OMS, 1995.

PAIVA, V. et al. Lidando com a adesão: a experiência de profissionais e ativistas na cidade de São Paulo. In: Teixeira, P. R.; Paiva, V.; Shima, E., editores. **Ta difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento antirretroviral em São Paulo**. São Paulo: Copidart, 2000. p. 7-78.

PATERSON D. L. et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. **Ann Intern Med**, v. 133, n. 1, p. 21-30, 2000.

PATERSON, D. et al. How much adherence is enough? A prospective study of adherence to protease inhibitor therapy using MEMEScaps. In: **Resumos da 6<sup>th</sup> Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections**, Chicago, 1999.

PINHEIRO, C. A. T. et al. Factors associated with adherence to antiretroviral therapy in HIV/AIDS patients: a cross-sectional study in Southern Brazil. **Braz J Med Biol Res**, Ribeirão Preto, v. 35, n. 10, out. 2002.

PINTO, J. A. Adesão à terapia anti-retroviral em crianças e adolescentes. VI CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO DAS DSTSE AIDS. Belo Horizonte, nov. 2006.

REINERS, A. A. O. et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, dez. 2008. Suplemento 2.

REMOR, E; MILNER-MOSKOVICS, J; PREUSSLER, G. Adaptação brasileira do "Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral". **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, out. 2007.

SALVADOR, Secretaria Municipal de Saúde. Informe Epidemiológico de Aids – Salvador. Série Informe DST/Aids, n. 1. Salvador, 2010.

SÂMARAS, K. Metabolic consequences and therapeutic options in highly active antiretroviral therapy in human immunodeficiency virus-1 infection. **Journal of Antimicrobial Chemotherapy**. v. 61, n. 2, 2008.

SEIDL E. M. F.; MELCHIADES A.; FARIAS V.; BRITO A. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, out. 2007.

SILVA, A. L. C. N.; WAIMAN, M. A. P.; MARCON, S. S. Adesão e não-adesão à terapia anti-retroviral: as duas faces de uma mesma vivência. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 2, abr. 2009.

SILVA, M. C. F. et al. Risk-factors for non-adherence to antiretroviral therapy. **Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo**, São Paulo, v. 51, n. 3, jun. 2009

STEPHENSON J. AIDS researchers target poor adherence. **JAMA**, v. 281, n. 12, mar. 1999.

UNAIDS/WHO (2009). AIDS epidemic update 2009. Geneva: UNAIDS/WHO

VAN, S. A. et al. Life expectancy of recently diagnosed asymptomatic HIV-infected patients approaches that of uninfected individuals. **AIDS**, v. 19, n. 24, jun. 2010. ABSTRACT.

VITORIA, M. A. Conceitos e recomendações básicas para melhorar a adesão ao tratamento do ARV. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1998.

WACHHOLZ, N. I. R.; FERREIRA, J. Adherence to antiretroviral therapy in children: a study of prevalence and associated factors. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, 2007. Suplemento 3.

WHO. Adherence to long-term therapies. Evidence for Action. Geneva: World Health Organization; 2003.

WILSON, L. E.; GALLANT, J. E. The management of treatment-experienced HIV-infected. World Health Organization. Towards universal access : scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector : progress report **Library Cataloguing-in-Publication Data**, 2008.

World Health Organization. Treat 3 Million by 2005 Initiative. **WHO Library Cataloguing-in-Publication Data**, 2003. Disponível em: <http://www.who.int/3by5/publications/documents/en/3by5StrategyMakingItHappen.pdf>

WORM, S. W. et al. Diabetes Mellitus, Preexisting Coronary Heart Disease, and the Risk of Subsequent Coronary Heart Disease Events in Patients Infected With Human Immunodeficiency Virus: The Data Collection on Adverse Events of Anti-HIV Drugs (D:A:D Study). **Circulation. Journal of the American Heart Association**. v. 119, feb. 2009.

## ANEXOS

**Tabela 1** - Características sociodemográficas da população em estudo de acordo com seu estado de adesão.

Variável	Adesão		Não adesão		Valor de $p^*$
	<sup>1</sup> n = 162	75,0%	<sup>1</sup> n = 54	25,0%	
<b>Sexo</b>					
Masculino	106	65,4	35	64,8	0,934
Feminino	56	34,6	19	35,2	
<b>Faixa Etária</b>					
< 34 anos	54	33,3	27	50,0	0,028
≥ 34 anos	108	66,7	27	50,0	
<b>Estado Civil</b>					
Casado	51	31,7	18	33,3	0,821
Solteiro	110	68,3	36	66,7	
<b>Orientação Sexual</b>					
Homo/bissexual	56	37,1	16	32,6	0,574
Heterossexual	95	62,9	33	67,4	
<b>Anos de Estudo</b>					
≤ 8 anos	50	30,9	25	46,3	0,039
> 8 anos	112	69,1	29	53,7	
<b>Situação de emprego/renda</b>					
Empregado/renda fixa	96	59,3	27	50,0	0,234
Desempregado	66	40,7	27	50,0	
<b>Uso de Bebida Alcoólica</b>					
Sim	91	59,9	35	66,1	0,427
Não	61	40,1	18	33,9	
<b>Tabagismo</b>					
Sim	34	22,2	17	32,7	0,131
Não	119	77,8	35	67,3	
<b>Uso de Drogas Ilícitas</b>					
Sim	7	4,6	6	11,3	0,082
Não	146	95,4	47	88,7	

1- Pode haver diferenças entre o valor total geral e o total de cada variável por conta de informações ignoradas.

\*valor de  $p$ , teste qui-quadrado.

**Tabela 2** - Características clínicas e relacionadas aos medicamentos da população em estudo, de acordo com seu estado de adesão.

Variável	Adesão		Não adesão		Valor de p*
	<sup>1</sup> n = 162	(75,0%)	<sup>1</sup> n = 54	(25,0%)	
<b><sup>2</sup>CD4 no início da <sup>3</sup>TARV</b>					
< 350 cel/ mm <sup>3</sup>	153	94,4	50	92,6	0,416**
≥ 350 cel/ mm <sup>3</sup>	9	5,6	4	7,4	
<b>Estado Clínico no Início da TARV</b>					
Sintomático	90	63,4	28	57,1	0,438
Assintomático	52	36,6	21	42,9	
<b>Tempo entre o diagnóstico de HIV e aids</b>					
Até 6 meses	78	48,1	11	20,4	<0,001
Mais de 6 meses	84	51,9	43	79,6	
<b>Internado no Início TARV</b>					
Sim	10	6,4	1	1,9	0,178**
Não	147	93,6	53	98,1	
<b>Internado no período de 6 meses antes do início da TARV</b>					
Sim	37	23,3	5	9,6	0,022**
Não	122	76,7	47	90,4	
<b>Apresentou <sup>4</sup>RAM</b>					
Sim	43	26,7	24	47,1	0,006
Não	118	73,3	27	52,9	
<b>Uso crônico de outros medicamentos</b>					
Sim	20	12,4	5	9,4	0,566**
Não	142	87,6	48	90,6	
<b>Nº de comprimidos da TARV</b>					
Até 4 unidades	146	90,1	44	81,5	0,091
Mais de 4 unidades	16	9,9	10	18,5	
<b>Tipo de esquema da TARV</b>					
2 ITRN + 1 ITRNN	106	65,43	33	61,11	0,566
2 ITRN + 1 IP	56	34,57	21	38,89	

\*p teste qui-quadrado.

\*\*p teste exato de Fisher.

1- Pode haver diferenças entre o valor total geral e o total de cada variável por conta de informações ignoradas.

2- Linfócitos T CD4+

3- Terapia antirretroviral

4- Reação adversa a medicamento

**Tabela 3** – Número de consultas nos seis primeiros meses após início da TARV

Período	Primeira Consulta		Total de Consultas	
	n	%	n	%
Primeiro mês	81	37,5	81	37,5
Segundo mês	31	14,4	55	25,5
Terceiro mês	30	13,9	58	26,9
Quarto mês	28	12,9	57	26,4
Quinto mês	13	6,0	54	25,0
Sexto mês	3	1,4	33	15,3
*SC	30	13,9	--	--
Total	216	100	--	--

\* (SC) Sem consulta nos seis primeiros meses.

**Tabela 4** – Distribuição dos pacientes que iniciaram TARV por distrito sanitário da cidade de Salvador

Distrito Sanitário	Frequência	
	n	%
Interior do Estado	42	19,4
Barra/Rio Vermelho	29	13,4
Cabula Beiru	27	12,5
Subúrbio Ferroviário	20	9,3
São Caetano/Valéria	19	8,8
Liberdade	15	6,9
Brotas	12	5,6
Itapagipe	11	5,1
Itapuã	11	5,1
Pau da Lima	9	4,2
Boca do Rio	8	3,7
Centro Histórico	7	3,2
Cajazeiras	6	2,8
<b>Total</b>	<b>216</b>	<b>100</b>

**Tabela 5.** Odds ratio da associação entre não adesão e variáveis do estudo.

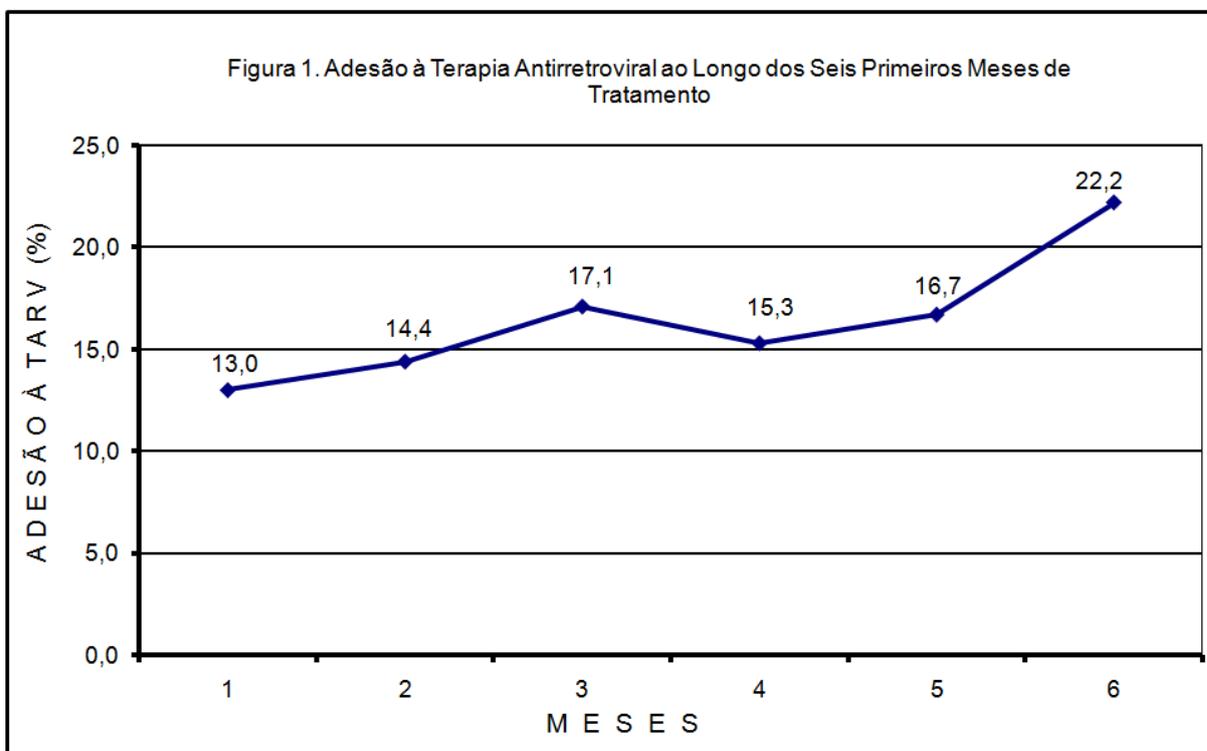
Variável	*OR aj	**IC 95%
<b>Faixa Etária</b>		
< 34 anos	2,2	1,04 – 4,49
≥ 34 anos	1,0	
<b>Anos de Estudo</b>		
≤ 8 anos	2,2	1,05 – 4,80
> 8 anos	1,0	
<b>Uso de Drogas ilícitas na vida</b>		
Sim	2,6	0,63 – 10,41
Não	1,0	
<b>Tempo entre o diagnóstico de HIV e aids</b>		
Até 6 meses	1,0	
Mais de 6 meses	3,9	1,70 – 9,02
<b>Internado até 6 meses antes do início TARV</b>		
Sim	0,3	0,70 – 0,89
Não	1,0	
<b>Apresentou <sup>1</sup>RAM</b>		
Sim	2,4	1,12 – 5,00
Não	1,0	

\*OR aj: *odds ratio* ajustada

\*\*IC: Intervalo de 95% de confiança

1- Reação adversa a medicamento

**FIGURA - 1**



## **DECLARAÇÃO DE ORÇAMENTO**

---

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia localizado na Rua Augusto Viana, s/n, 2º andar – Campus Universitário do Canela.

## **DECLARAÇÃO DE ORÇAMENTO**

Declaro para os devidos fins que o projeto intitulado Fatores Associados à Não Adesão aos Antirretrovirais, apresentado a este comitê de ética, será desenvolvido com recursos próprios do pesquisador, não tendo assim qualquer tipo de financiamento de instituições financiadoras públicas ou privadas.

José Adriano Góes Silva  
Mestrando/Pesquisador

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

---

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro, por meio deste termo, que concordo em ser entrevistado(a) na pesquisa de campo referente ao projeto de mestrado intitulado *Fatores Associados à Não Adesão aos Antirretrovirais* desenvolvida pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA). Fui informado(a), ainda, de que a pesquisa é coordenada por José Adriano Góes Silva, a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone celular 8887-4937 ou e-mail adrianofar@gmail.com .

Afirmo que aceito participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais são investigar fatores associados à não adesão aos antirretrovirais e descrever o perfil sócio demográficos dos usuários da terapia antirretroviral.

Fui também esclarecido (a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará por meio da autorização da coleta e análise das informações contidas em meu prontuário médico e dos registros de minhas retiradas de medicamentos da farmácia, a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo pesquisador e/ou seu orientador, sendo totalmente preservada minha identidade.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar o pesquisador responsável ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia localizado na Rua Augusto Viana, s/n, 2º andar – Campus Universitário do Canela.

O pesquisador me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informado de que, a qualquer momento, posso solicitar a exclusão das minhas informações do referido estudo, sem prejuízo para meu acompanhamento e sem sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

## INSTRUMENTO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO

---

### INSTRUMENTO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIO

Preenchimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Responsável: \_\_\_\_\_ Nº Ordem: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: M ( ) F ( )

Telefones para contato: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Estado Civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) outros ( ) Ignorado

Número de Filhos: ( ) ( ) Sem Filhos ( ) Ignorado

Opção Sexual: ( ) Homossexual ( ) Heterossexual ( ) Bissexual ( ) Ignorada

Escolaridade:

( ) Nenhuma ( ) Até 4ª Série ( ) Da 5ª a 8ª ( ) Médio ( ) Superior ( ) Ignorada

Situação de Trabalho (relato na 1º consulta)

( ) Empregado ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Do lar ( ) Ignorado

Uso bebida alcoólica (relato na 1º consulta)

( ) Uso no passado ( ) Uso atual ( ) Nega uso ( ) Ignorado

Tabagismo (relato na 1º consulta)

( ) No passado ( ) Atual ( ) Nega ( ) Ignorado

Uso de drogas ilícitas (relato na 1º consulta)

( ) Uso no passado ( ) Uso atual ( ) Nega uso ( ) Ignorado

Diagnóstico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ( ) Ignorada

Primeira prescrição de ARV's: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Prescritor: \_\_\_\_\_

Consultas Subsequentes: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_

Início da TARV: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data da Notificação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CD4: \_\_\_\_\_ Data da Coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ( ) Ignorada

CV: \_\_\_\_\_ Data da Coleta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ( ) Ignorada

Quadro clínico no início da TARV: ( ) Sintomático ( ) Assintomático

Estava internado em algum hospital quando iniciou a TARV?

( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Esteve internado em algum hospital antes de iniciar a TARV?

( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo?

( ) Menos de seis meses atrás ( ) Mais de seis meses atrás ( ) Não se aplica

Esquemas utilizados?

Inicial: \_\_\_\_\_

1ª Mudança: \_\_\_\_\_ Em: \_\_\_\_/\_\_\_\_

2ª Mudança: \_\_\_\_\_ Em: \_\_\_\_/\_\_\_\_

3ª Mudança: \_\_\_\_\_ Em: \_\_\_\_/\_\_\_\_

4ª Mudança: \_\_\_\_\_ Em: \_\_\_\_/\_\_\_\_

5ª Mudança: \_\_\_\_\_ Em: \_\_\_\_/\_\_\_\_

Apresentou RAM: ( ) Sim ( ) Não

Quando? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Qual Medicamento? \_\_\_\_\_

Qual (ais)? \_\_\_\_\_

Uso crônico de outros medicamentos

( ) Não ( ) Sim Qual(is)? \_\_\_\_\_

Retiradas de ARV's na farmácia

- 1ª) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Esquema: \_\_\_\_\_
- 2ª) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Esquema: \_\_\_\_\_
- 3ª) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Esquema: \_\_\_\_\_
- 4ª) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Esquema: \_\_\_\_\_
- 5ª) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Esquema: \_\_\_\_\_
- 6ª) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Esquema: \_\_\_\_\_
- 7ª) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Esquema: \_\_\_\_\_
- 8ª) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Esquema: \_\_\_\_\_
- 9ª) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Esquema: \_\_\_\_\_
- 10ª) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Esquema: \_\_\_\_\_
- 11ª) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Esquema: \_\_\_\_\_
- 12ª) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Esquema: \_\_\_\_\_
- 13ª) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Esquema: \_\_\_\_\_
- 14ª) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Esquema: \_\_\_\_\_
- 15ª) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Esquema: \_\_\_\_\_
- 16ª) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Esquema: \_\_\_\_\_

## RESULTADOS – REGRESSÃO LOGÍSTICA

### Construção dos modelos

Variável	Descrição	codificação	P (bivariada)
adesao	adesão	0 – sim / 1 – não	-----
tehivaids	tempo entre diag. HIV e o diag. aids	0 – até 6 meses / 1 - >6 meses	<0,001
apreram	presença de RAM	0 – não / 1 – sim	0,006
hospantes	hospitalização 6 meses antes de iniciar TARV	0 – não / 1 – sim	0,022
grupet	grupo etário	0 – >= 34 anos / 1 – < 34 anos	0,028
escolcat	tempo de estudo	0 – > 8 anos / 1 – <= 8 anos	0,039
drogacat	uso de drogas ilícitas	0 – não / 1 – sim	0,082
ncompri	nº de comprimidos da TARV ingeridos por dia	0 – até 4 / 1 – > 4	0,091

```
. logistic adesao tehivaids apreram hospantes grupet escolcate drogacat ncompri
Logistic regression              Number of obs   =    199
                                LR chi2(7)       =    36.36
                                Prob > chi2        =    0.0000
Log likelihood = -92.893738      Pseudo R2      =    0.1637
```

adesao	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
tehivaids	3.907822	1.66443	3.20	0.001	1.695855 9.004939
apreram	2.368611	.9057891	2.25	0.024	1.119393 5.011928
hospantes	.2498471	.1618829	-2.14	0.032	.0701709 .8895932
grupet	2.161761	.8075862	2.06	0.039	1.039484 4.495705
escolcate	2.254163	.8779292	2.09	0.037	1.050673 4.836185
drogacat	2.55634	1.833854	1.31	0.191	.6265965 10.42915
ncompri	.975895	.1799076	-0.13	0.895	.6799593 1.40063

```
. logistic adesao tehivaids apreram hospantes grupet escolcate drogacat
Logistic regression              Number of obs   =    199
                                LR chi2(6)       =    36.34
                                Prob > chi2        =    0.0000
Log likelihood = -92.902531      Pseudo R2      =    0.1636
```

adesao	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
tehivaids	3.915527	1.66636	3.21	0.001	1.700349 9.016594
apreram	2.364984	.9037605	2.25	0.024	1.118273 5.001593
hospantes	.2504547	.1622876	-2.14	0.033	.0703355 .8918337
grupet	2.160392	.8066562	2.06	0.039	1.03922 4.491152
escolcate	2.243552	.8700358	2.08	0.037	1.049169 4.797632
drogacat	2.552174	1.830892	1.31	0.192	.6255628 10.41237

