

Fatores de risco para a não adesão ao tratamento com terapia antiretroviral altamente eficaz*

RISK FACTORS FOR NON-COMPLIANCE TO TREATMENT WITH HIGHLY EFFECTIVE ANTIRETROVIRAL THERAPY

FACTORES DE RIESGO PARA LA NO-ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON TERAPIA ANTI-RETROVIRAL ALTAMENTE EFICIENTE

Maria Rosa Ceccato Colombrini¹, Marília Ferreira Dela Coleta²,
Maria Helena Baena de Moraes Lopes³

RESUMO

O estudo objetivou: mensurar a prevalência de não-adesão à terapia anti-retroviral altamente eficaz (HAART) em pacientes com AIDS; identificar se alguns fatores relacionados na literatura estavam associados com a não-adesão; estabelecer o valor preditivo dos fatores associados à não-adesão à HAART. Foi realizado um estudo analítico de prevalência (N=60). Foram considerados os três dias anteriores à entrevista e os pacientes classificados como aderentes quando ingeriam 95% ou mais do total de comprimidos prescritos por dia. A adesão foi de 73,3%. A análise de regressão logística multivariada indicou que indivíduos da raça negra apresentaram 6,48 vezes mais risco de não-adesão; aqueles que apresentaram ausência de efeito colateral tiveram um risco 7,6 vezes maior, e a cada comprimido ingerido o risco foi de 1,12. A adesão observada foi maior que a encontrada na literatura. Os fatores sociodemográficos e culturais podem interferir na adesão à HAART.

DESCRIPTORIOS

Síndrome de imunodeficiência adquirida. Terapia anti-retroviral de alta atividade. Recusa do paciente ao tratamento. Fatores de risco.

ABSTRACT

The purpose of the study was: to measure the prevalence of non-compliance to highly active antiretroviral therapy (HAART) by AIDS patients; to identify whether some of the factors listed in health literature were associated with non-compliance; to establish the predictive values of non-compliance to HAART-related factors. An analytic prevalence study (N=60) was performed, in which the three days prior to the interview were considered. Those classified as compliant were the patients who ingested 95% or over of the total amount of pills prescribed a day. Compliance appeared as 73.3%. The multivariate logistic regression analysis indicated that the black subjects presented 6.48 times higher risk for non-compliance. Those who did not present side effects showed 7.6 times higher risk, and a risk of 1.12 for each pill taken. The compliance observed in the study proved to be higher than in literature. The sociodemographic and cultural factors may interfere in the compliance with HAART.

KEY WORDS

Acquired immunodeficiency syndrome. Antiretroviral therapy, highly active. Treatment refusal. Risk factors.

RESUMEN

Objetivo del estudio: medir la prevalencia por falta de seguimiento al tratamiento antiretroviral altamente eficaz (HAART) en pacientes con SIDA; identificar si algunos factores relacionados en la bibliografía se encuentran asociados con la falta de seguimiento; establecer el valor preditivo de los factores asociados con la falta de seguimiento al HAART. Para lo cual fue realizado un estudio analítico de prevalencia (N=60), considerando los tres días anteriores a la entrevista, donde aquellos pacientes con ingesta del 95% o más del total de comprimidos prescritos por día eran clasificados como seguidores del tratamiento. El seguimiento fue de 73,3%. El análisis de regresión logística multi-variable mostró que sujetos de raza negra presentaron 6,48 veces mayor riesgo de no continuar con el tratamiento; aquellos individuos sin efectos colaterales tuvieron un riesgo 7,6 veces mayor, asimismo, cada comprimido ingerido produjo un riesgo de 1,12. El seguimiento observado fue mayor al encontrado en la bibliografía existente. Los factores socio-demográficos y culturales pueden influir en el seguimiento de la HAART.

DESCRIPTORIOS

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Terapia antirretroviral altamente activa. Negativa del paciente al tratamiento. Factores de riesgo.

* Extraído da dissertação "Fatores preditivos para não-adesão ao tratamento com terapia antiretroviral altamente eficaz nos casos de HIV/AIDS", Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2003. ¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Diretora do Serviço de Enfermagem Médico Cirúrgica II, Hospital de Clínicas, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP). Campinas, SP, Brasil. mrosa@mpcnet.com.br ² Psicóloga. Doutora em Psicologia Social. Professora Doutora da Faculdade de Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, MG, Brasil. mariliacoleta@enetec.com.br ³ Enfermeira. Livre-Docente. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP). Campinas, SP, Brasil. mhbaenamli@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Desde os primórdios, quando o homem passou a fazer uso de medicamentos, há uma busca para se obter maior adesão ao tratamento. A importância de se estudar a adesão ao tratamento da *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) é principalmente em função de que esta doença acarreta sérias conseqüências tanto ao indivíduo, quanto à sua família e à comunidade. Além disso, a literatura tem apontado que há relação entre a resistência viral, a falência terapêutica e a baixa adesão⁽¹⁾.

Estima-se que: 38,6 milhões (33,4 – 46 milhões) de pessoas em todo o mundo vivam com o *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) em 2005; 4,1 milhões (3,4 – 6,2 milhões) tornaram-se recentemente infectadas pelo HIV e 2,8 milhões (2,4 – 3,3 milhões) perderam suas vidas devido à AIDS⁽²⁾. No Brasil, desde a identificação do primeiro caso de aids, em 1980, até junho de 2005, já foram notificados cerca de 371 mil casos da doença⁽³⁾.

Os resultados do tratamento com a *Highly Active Antiretroviral Therapy* (HAART), mostram a eficácia terapêutica e, conseqüentemente, indicam a importância que o serviço de saúde pública tem para que se atinja cada vez melhores resultados. Estudos mostram que a não-adesão, ocorre em algum grau, tanto em países pobres como ricos, e a taxa média é de 50%⁽⁴⁻⁵⁾. Pesquisadores têm engendrado esforços para mensurar a adesão através de perguntas diretas, por estimativa indireta, contagem manual ou eletrônica, marcadores biológicos ou dosagem de metabólitos⁽⁶⁻⁷⁾.

A literatura tem apontado diversos fatores preditivos para a não-adesão ao tratamento com a HAART que podem ser agrupados em: fatores relacionados à pessoa sob tratamento; à doença; ao tratamento; aos serviços de saúde e suporte social^(5,7-8).

Frente a estes indicadores é necessário que sejam preparadas intervenções para que a adesão seja construída, em um processo contínuo entre o profissional e o cliente, de forma que este se aproprie de seu tratamento, compreendendo e comprometendo-se com a execução das orientações dadas⁽⁹⁾.

Cabe considerar que para favorecer a adesão ao tratamento entre os portadores do vírus HIV é fundamental que a equipe de saúde conheça os fatores que possam vir a interferir na adesão, sendo imperativo o reconhecimento das especificidades da clientela⁽¹⁰⁾. Assim, foi proposta deste estudo identificar quais fatores poderiam prever a não-adesão para uma abordagem mais adequada ao portador do vírus HIV de uma Unidade Leito Dia (LD) em um hospital de ensino do interior do Estado de São Paulo.

OBJETIVOS

Este estudo teve como objetivos: mensurar a prevalência de não-adesão à HAART na população estudada; identificar se alguns fatores relacionados à pessoa em tratamento, à doença, ao tratamento, ao serviço de saúde e suporte social estavam associados com a não-adesão à HAART e, estabelecer o valor preditivo dos fatores associados à não-adesão à HAART.

MÉTODO

Tratou-se de um estudo analítico de prevalência⁽¹¹⁾. Os dados foram coletados em local privativo na referida Unidade LD, durante o mês de março de 2002.

Os pacientes foram contatados no local do estudo e informados sobre os objetivos do mesmo e os procedimentos da entrevista. Os dados da entrevista foram registrados no questionário criado especificamente para o estudo.

(...)é necessário que sejam preparadas intervenções para que a adesão seja construída, em um processo contínuo entre o profissional e o cliente, de forma que este se aproprie de seu tratamento...

O termo de consentimento livre e esclarecido foi lido juntamente com o paciente para obter autorização para a pesquisa. Conversou-se sobre suas dúvidas e garantiu-se que a identificação seria mantida em sigilo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição sob o número 326/2001.

A população foi constituída pelos pacientes soropositivos para HIV/AIDS, matriculados na Unidade LD e participantes do programa para atendimento em leito-dia no mês de março de 2002, que constava de 79 pacientes.

Foram incluídos neste estudo os indivíduos que tivessem condições de responder aos questionamentos de forma direta e estivessem em uso de antiretrovirais há pelo menos uma semana, em casa, sob sua responsabilidade e excluídos os que estavam em regime penitenciário, que, devido às condições do sistema carcerário, poderiam ter dificuldade de seguir a terapêutica prescrita. Além disso, a presença de policiais no momento da entrevista poderia inibir as respostas às questões. Os pacientes que estavam vivendo em casas de apoio também foram excluídos, pois nestes locais eles não eram responsáveis pelo tratamento medicamentoso, sendo obrigatória a presença de um profissional de enfermagem para ministrar a medicação.

Para a coleta de dados foi construído um formulário que continha questões sobre as variáveis de caracterização da população, as variáveis independentes (fatores associados a não-adesão) e a variável dependente (não-adesão ao tratamento).

Antes de se iniciar a coleta de dados, o instrumento completo foi pré-testado para se verificar sua adequação, no ambulatório de moléstias infecciosas no mês de fevereiro de 2002, com oito pacientes (quatro homens e quatro mulheres).

Para levantamento dos fatores associados a não-adesão foi realizada revisão de literatura nas bases de dados Medline e Lilacs, utilizando-se os unitermos *compliance* e *adherence*. Como a AIDS é uma doença recente, os estudos sobre a adesão específica para a terapia antiretroviral altamente eficaz também o são. Desta forma, foram incluídos nesta revisão os estudos clássicos para as doenças crônicas em geral e que têm sido utilizados pelos autores da literatura específica para a AIDS e que datavam do início da terapia antiretroviral altamente eficaz.

Assim, com base na literatura, foram investigados os seguintes fatores (variáveis independentes): raça; idade; sexo; opção sexual; escolaridade; isolamento social; ausência de vantagem terapêutica; necessidade de controle periódico; tempo de tratamento; tempo entre conhecimento do diagnóstico e início do tratamento; complexidade do tratamento (incluindo o número de doses, número de medicamentos, efeitos colaterais e mudança no estilo de vida); acesso ao serviço; conveniência para agendar o retorno e a realização dos procedimentos; suporte social; informação adequada; sentir-se bem; sentir-se mal, uso de droga; transtorno, doença ou síndrome psiquiátrica; avaliação dos resultados laboratoriais; gravidade da doença e percepção de controle sobre a própria saúde^(4-8,12-13).

Considerou-se a não-adesão como a variável dependente, que foi definida como o relato do cliente de quantos comprimidos ingeriu por dia nos três dias que antecederam a entrevista, verificando-se o percentual de comprimidos ingeridos. Os indivíduos que relataram que ingeriram menos que 95% das medicações prescritas foram considerados não aderentes^(8,12). Há várias maneiras de avaliar a não-adesão e todas com limitações importantes. Entretanto, o método do questionamento direto tem sido freqüentemente utilizado a despeito do possível resultado superestimado de aderência, pois se for adequadamente conduzido pode ser um bom indicador de adesão⁽¹³⁾. O auto-relato foi o método escolhido para este estudo por ser facilmente aplicável e incorporado à rotina da Unidade, com baixo custo operacional.

Os dados foram inseridos em um banco de dados, utilizando-se o *software* EPI-INFO. Para a análise estatística foi utilizado o programa computacional The SAS System for Windows⁽¹⁴⁾.

Para verificação de associação entre as variáveis categóricas e a variável dependente foi utilizado o teste Qui-Quadrado ou, quando indicado, o teste exato de Fisher. Foi utilizado o teste de Mann-Whitney para comparação das variáveis contínuas entre os aderentes e os não-aderentes ao tratamento.

Para analisar a influência conjunta das variáveis de interesse na discriminação do perfil dos aderentes e dos não-aderentes utilizou-se a análise de regressão logística com modelo logito e critério *Stepwise* para seleção das variáveis mais significativas. Inicialmente, foram feitas as análises univariadas e, em seguida, selecionaram-se as variáveis mais significativas conjuntamente através da análise multivariada. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $p < 0,05$.

RESULTADOS

No mês de março de 2002, havia 79 pacientes inscritos no Programa de LD. Deste total, 17 (21,5%) não atenderam aos critérios de inclusão e dois (2,5%) interromperam a entrevista porque não se encontravam em condições de responder às questões. Portanto, foram entrevistados 60 (76%) pacientes.

O estudo mostrou uma prevalência de 16 (26,7%) pacientes não aderentes e 44 (73,3%) aderentes.

Predominou a raça branca (39 ou 65%) e a faixa etária de 30 a 39 anos (30 ou 50%), sendo a menor idade 21 anos e a maior idade 66 anos, com idade média de 37,49 (DP: 9,3) e mediana de 36,78.

A população em estudo apresentou relação homem/mulher de 2:1 e 44 (73,3%) pacientes referiram ser heterossexuais. Quanto à escolaridade, a média foi de 7,25 (DP: 4,3) anos de estudo, variando de nenhum até 20 anos de estudo, com mediana de 6,5 anos. Nenhum dos entrevistados era estudante.

Dos 60 pacientes que participaram deste estudo, 26 (43,3%) identificaram ter ocorrido isolamento social, sendo que 13 (50%) atribuíram tal situação a uma postura de afastamento deles próprios em relação à família, aos amigos e/ou aos parceiros.

O retorno à unidade LD era mensal para 30 (50%) participantes. Dos 19 (31,7%) pacientes que tinham alguma dificuldade de acesso à unidade, oito pacientes mencionaram a falta de transporte como a principal delas e sendo que os demais citaram o fato de dependerem de outras pessoas, a dificuldade financeira e o gasto de tempo. Para 46 (76,7%) pacientes o agendamento das consultas foi de acordo com suas atividades diárias.

O tempo de tratamento em média foi de 4,22 anos (DP: 3,46), sendo o menor tempo menos de um mês e o maior tempo, 12,22 anos, com mediana de 3,22 anos. O tempo entre a infecção pelo HIV e o início do tratamento foi em média de 1,37 ano (DP: 3,54), oscilando entre zero a 15 anos. Tiveram seus tratamentos iniciados no momento do diagnóstico, 47 pacientes (78,3%).

Para 27 (45%) pacientes, a freqüência de tomar os comprimidos de antiretrovirais era de duas vezes ao dia. O esquema terapêutico prescrito variou de 5 a 25 comprimidos por dia (média=11,48; DP: 5,25; mediana=11 comprimidos).

Dos entrevistados, 45 (75%) faziam tratamento, profilático ou terapêutico associado para outras doenças (tuberculose, pneumocistose, toxoplasmose, criptococose) e, além da medicação antiretroviral, ingeriam em média seis (DP: 3,8) comprimidos por dia, variando de um a 16 comprimidos (mediana=5). Quando foram somados os antiretrovirais e os medicamentos para outras doenças, obteve-se o valor médio de 15,9 (DP: 6,9) comprimidos por dia, com mínimo de cinco e máximo de 33 (mediana=16).

Na opinião de 48 (80%) entrevistados houve melhora da doença com o tratamento recebido. Sendo que 38 (63,3%) deles responderam *não sentir efeitos colaterais* após tomarem os comprimidos de antiretrovirais, bem como, 50 (83,3%) relataram que quando se sentiam melhor não paravam com o tratamento, da mesma forma que 47 (78,3%) não interromperam o tratamento mesmo quando percebiam piora.

Para 43 (71,7%) pacientes ocorreu alguma mudança na rotina de vida em função do tratamento e 46 (76,7%) consideraram não ter dificuldade para realizar o tratamento.

O suporte social caracterizado para este estudo como a presença da solidariedade ou colaboração de pessoas, por auxílio financeiro de instituições oficiais ou de caridade e oferta de cesta básica, esteve presente para 29 (48,3%) pacientes entrevistados.

Quando questionados a respeito das informações dadas pela equipe de saúde, referentes à doença, ao tratamento, aos cuidados necessários nas relações sexuais e sociais, dentre outras, 47 (78,3%) consideram que elas foram suficientes para se sentirem esclarecidos quanto à doença, ao tratamento e aos cuidados necessários. Para 13 (21,7%) pacientes, as informações foram parcialmente suficientes.

Identificou-se que, no passado, 38 (63,3%) pacientes consumiram álcool e/ou droga (inalatória e/ou injetável) e consideravam-se dependentes. Destes, 19 (50%) usaram somente álcool, oito (21,1%) exclusivamente drogas e 11 (29%), ambos. Quando abordados sobre o uso de álcool e drogas no momento da entrevista, dez pacientes responderam que continuavam a fazer uso de álcool e/ou droga e, se consideravam dependentes.

Verificou-se que 34 (56,7%) tiveram melhora do resultado laboratorial a partir da classificação dos dois últimos valores da carga viral e do CD4+. Vale comentar que embora 12 tivessem carga viral indetectável, 51 (85%) encontravam-se classificados em C3, isto é, apresentavam condições definidoras de AIDS e CD4+ <200 linfócitos-

T/ μ L, de acordo com a classificação de gravidade da doença dada pelo Centro de Controle de Doenças (CDC)⁽¹⁵⁾.

A análise univariada evidenciou que a proporção de indivíduos não-aderentes foi maior entre os de raça negra ($p=0,012$). A idade do grupo de aderentes foi significativamente menor ($p=0,0476$) em comparação com a idade dos não aderentes, ainda que o p-valor tenha sido próximo do limite de 5%. A ausência de efeitos colaterais esteve associada à não-adesão ($p=0,019$) e o resultado da variável número total de comprimidos prescritos/dia mostrou-se significativo ($p=0,0402$). Os sujeitos não-aderentes apresentavam menor nível de escolaridade que os aderentes ($p=0,0273$) e verificou-se haver associação entre a escolaridade igual ou menor que seis anos e a não-adesão ($p=0,02$).

Os resultados revelaram que as variáveis: raça (negra), idade (40 a 49 anos), escolaridade (≤ 6 anos), efeitos colaterais (ausência) e número total de comprimidos prescritos estavam associados à não-adesão ao tratamento. Foram realizadas outras comparações buscando identificar se o fator raça estaria associado a algumas características socioeconômicas, a saber: renda familiar, condições de habitação, ocupação ou tipo de trabalho e escolaridade. Demonstrou-se haver associação somente entre a raça negra e a escolaridade menor ou igual a seis anos ($p=0,010$).

Pela análise univariada de regressão logística identificou-se associação entre a não-adesão e as variáveis: idade (11,0 vezes mais risco para 40-49 anos), efeito colateral (5,8 vezes mais risco para ausência de efeitos), raça (5,0 vezes mais risco para a raça negra), escolaridade (4,3 vezes mais risco para ≤ 6 anos). Para a variável, número de comprimidos prescritos/dia, quando os resultados foram analisados separadamente (número de comprimidos de antiretrovirais e para outras doenças), eles não se mostraram significativos. Porém, ao somar e obter o número total de comprimidos, o resultado mostrou uma tendência ($p=0,0546$) com 1,09 vez mais risco de não-adesão.

Após ter sido feita a análise univariada realizou-se a análise de regressão logística multivariada (Tabela 1) com seleção por *Stepwise*. Demonstrou-se que as seguintes variáveis: raça, efeito colateral, número total de comprimidos prescritos/dia estavam associadas à não-adesão. A raça negra apresentava 6,48 vezes mais risco de não-adesão do que as raças branca ou amarela; aqueles que referiram a ausência de efeito colateral tinham 7,6 vezes mais risco de não-adesão e a cada comprimido a ser ingerido o risco aumentava em 12%, ou seja, o risco era de 1,12, podendo se dizer também que o risco era de 3,2 (1,1 – 9,7) a cada 10 comprimidos.

Tabela 1 – Análise de regressão logística multivariada, com *Stepwise*, de fatores associados a não-adesão – Campinas – 2002

Variável	Níveis de comparação*	p	O.R.	IC 95% O.R.
Raça	Negro/Branco ou Amarelo	0,0110	6,48	1,54 – 27,36
Ausência de efeito colateral	Não/Sim	0,0229	7,60	1,32 – 43,63
Número total de comprimidos prescritos/dia	A cada comprimido**	0,0397	1,12	1,01 – 1,26

Nota: Unidade LD (N=60)

OR ("Odds Ratio") = Razão de Risco para não-adesão (44 aderentes e 16 não-aderentes). IC 95% OR = Intervalo de 95% de Confiança para a Razão de Risco.

* nível de comparação/nível de referência ** nível de comparação não pode ser determinado

DISCUSSÃO

A não-adesão neste estudo foi de 26,7%, sendo um resultado inferior ao apontado pela literatura⁽⁴⁻⁶⁾. Isto pode ter ocorrido por fatores variados, dentre eles: a coleta de dados ter sido feita em uma única entrevista, sem haver um acompanhamento dos clientes; a população ser homogênea, bem como, pode haver um envolvimento da equipe multiprofissional, com real compreensão de seu papel de ajudar o paciente a construir a adesão no dia a dia, e com isto melhorar a ingestão dos antiretrovirais.

A análise de regressão logística multivariada com seleção por *Stepwise*, demonstrou que somente as variáveis: raça, efeitos colaterais e número total de comprimidos prescritos/dia mantiveram associação para a não-adesão.

A raça negra apresentou 6,48 vezes mais risco de não-adesão do que as raças branca ou amarela.

Pesquisadores verificaram que os pacientes não caucasianos eram, significativamente, mais não-aderentes que os pacientes caucasianos⁽¹⁶⁾. Em outro estudo, os autores mostraram que havia um risco relativo de 1,7 em relação à etnia não branca⁽⁸⁾. Já um estudo sobre tuberculose evidenciou que nenhuma variável sociodemográfica era consistente para medir a não-adesão ao tratamento, exceto cor da pele, porém não foi especificado qual o risco que isto representava⁽¹⁷⁾.

A *ausência de efeitos colaterais* elevou em 7,6 vezes o risco de não-adesão, contrariando outros autores que indicam que a adesão diminui, à medida que os efeitos colaterais aumentam⁽⁶⁻⁷⁾.

Buscou-se na literatura dados que pudessem explicar este resultado e verificou-se que dois estudos evidenciaram que os pacientes com HIV, provavelmente, toleravam mais os efeitos colaterais que pacientes com doenças crônicas menos severas como a hipertensão ou diabetes. Atitudes negativas sobre medicamentos ou doenças podem interferir na adesão do paciente e a percepção do paciente de como o tratamento influenciaria no resultado da doença seria associado à adesão^(8,18).

Um estudo realizado em Pelotas, RS, sobre adesão ao tratamento de tuberculose evidenciou que os efeitos das drogas e as reações ao tratamento envolvem questões igualmente importantes para a adesão, pois, as expectativas do tratamento e da cura, a motivação para a manutenção da saúde, as vantagens pessoais de seguir com a terapêutica e outros benefícios do regime terapêutico demarcam alguns comportamentos⁽¹⁷⁾. Não pode ser descartado o papel da cultura nas concepções populares de doença, o que tem sido amplamente discutido, em contraposição à visão positivista. É possível que exista uma concepção popular de que os medicamentos para a AIDS, os antiretrovirais, apresentam efeitos colaterais o que reforçaria a crença de que para curar, eles deveriam apre-

sentar estes efeitos. Contudo, como o estudo foi transversal, não foi possível avaliar se a variável *ausência de efeitos colaterais* foi antecedente ou conseqüente a não-adesão. Ou seja, indivíduos não-aderentes podem ter apresentado menos efeitos colaterais porque não ingeriam os medicamentos ou, por não apresentarem estes efeitos, abandonavam o tratamento por considerá-lo ineficaz. Frente a isto, recomenda-se a realização de estudos longitudinais para esclarecer a associação encontrada.

Outro componente da complexidade do tratamento que apresentou resultados significativos foi o número total de comprimidos prescritos/dia. Os resultados mostraram que para cada comprimido ingerido, o risco aumentava para a não-adesão em 1,12 (12%) e que era de 3,2 vezes a cada 10 comprimidos. Pesquisadores relataram que a não-adesão aumenta à medida que o número de comprimidos prescritos aumenta, mas não estimaram risco em seus trabalhos. Consideraram que havia uma associação direta entre a baixa adesão e a complexidade dos regimes (o número de diferentes medicações) por interferirem na rotina de vida diária dos pacientes⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Uma pesquisa realizada na cidade de Campinas, SP, com pacientes sob tratamento com antiretrovirais mostrou que os erros mais freqüentes estavam relacionados ao uso combinado de drogas e as drogas mais associadas aos erros eram a Didadosina e o Indinavir⁽¹⁹⁾.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, raça, efeitos colaterais e número total de comprimidos prescritos/dia estiveram associados à não-adesão.

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

Observou-se, durante as entrevistas, que o dia da semana pode interferir na avaliação da adesão porque alguns pacientes deixavam de ingerir os medicamentos em finais de semana pela dificuldade de cumprir os horários e devido a compromissos sociais. Eles se sentiam inibidos de tomar medicamentos diante de pessoas com as quais mantinham contatos eventuais.

Recomenda-se ainda que, para a identificação mais objetiva da adesão ao tratamento da AIDS, seja considerado o critério de tomada de 95% ou mais dos comprimidos prescritos, uma vez que no presente estudo este índice permitiu identificar diferenças entre o grupo de indivíduos aderentes e não-aderentes e tem sido recomendado pela literatura pertinente.

Como perspectiva de novos estudos, é importante ampliar a pesquisa para outros locais de assistência, estabelecendo condições de avaliar a qualidade do serviço

prestada, as relações do cliente com a equipe multiprofissional, para favorecer o estabelecimento de estratégias que melhorem a adesão dos pacientes à HAART.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Recomendações para terapia anti-retroviral para adultos e adolescentes infectados por HIV - 2004 [texto na Internet]. Brasília; 2004 [citado 2004 nov. 2]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/documents/stored/Documents/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD361903553A3174%7D/%7BD0A938FD-0E3D-4FFF-90CB-5215B25B9071%7D/consenso%20%20adultos%20adolescentes%20infectados%20hiv%202004.pdf>
2. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Overview of the Global AIDS Epidemic. 2006 Report on the global AIDS epidemic [text on the Internet]. Geneva; 2006. [cited 2006 Ago. 13]. Available from: http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006_2006_GR_CH02_en.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Epidemiologia: AIDS [texto na Internet]. Brasília; 2006 [citado 2006 ago. 6]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISD3352823PTBRIE.htm>
4. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24(1):67-74.
5. Haynes RB, Mckibbin KA, Kanani R. Systematic review of randomized trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. *Lancet*. 1996; 348 (9024):383-6.
6. Ickovics JR, Meisler AW. Adherence in AIDS clinical trials: a framework for clinical research and clinical care. *J Clin Epidemiol*. 1997;50(4):385-91.
7. Kastrissios H, Suárez JR, Katzenstein D, Girard P, Sheiner LB, Blaschke TF. Characterizing patterns of drug-taking behavior with a multiple drug regimen in an AIDS clinical trial. *AIDS*. 1998;12(17):2295-303.
8. Paterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med*. 2000;133(1):21-30.
9. Paiva V, Leme B, Nigro RCJ, Caraciolo J. Lidando com a adesão: a experiência de profissionais e ativistas na cidade de São Paulo. In: Teixeira PR, Paiva V, Shima E, editores. Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento antiretroviral em São Paulo. São Paulo: Copidart; 2000. p. 27-78.
10. Colombrini MRC, Lopes MHB, FIGUEIREDO RM. Adesão à terapia antiretroviral para HVI/AIDS. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(4):576-81.
11. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. Porto Alegre: Artmed; 1996.
12. Tuldrà A, Fumaz CR, Ferrer MJ, Bayés RBS, Arnó AAP, Balaguè M, et al. Prospective randomized two-arm controlled study to determine the efficacy of a specific intervention to improve long-term adherence to highly active antiretroviral therapy. *J Acq Immune Def Syndr*. 2000;25(3):221-8.
13. Jordan MS, Lopes JF, Okasaki E, Komatsu CL, Nemes MIB. Aderência ao tratamento antiretroviral em AIDS: revisão de literatura. In: Teixeira PR, Paiva V, Shima E, editores. Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento antiretroviral em São Paulo. São Paulo: Copidart; 2000. p. 5-26.
14. Statistical Analysis System [computer program]. Version 6.12. Cary (NC): SAS Institute; 1989-1996.
15. United States of America. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *MMWR Recomm Rep*. 1992;41(RR-17):1-19.
16. Singh N, Berman SM, Swindells S, Justis JC, Mohr JA, Squier C, et al. Adherence in human immunodeficiency virus-infected patients to antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis*. 1999;29(4):824-30.
17. Gonçalves H, Costa JSD, Menezes AMB, Knauth D, Leal OF. Adesão ao tratamento de tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: a partir da perspectiva do paciente. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(4):1-17.
18. Mehta S, Moore RD, Graham NMH. Potential factors affecting adherence with HIV therapy. *AIDS*. 1997; 11 (14):1665-70.
19. Figueiredo RM, Sinkoc VM, Tomazin C, Gallani MCB, Colombrini MRC. Adesão de pacientes com AIDS ao tratamento com antiretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola. *Rev Lat Am Enferm*. 2001;9(4):50-5.
20. Monreal MTFD, Cunha RV, Trinca, LA. Compliance to antiretroviral medication as reported by AIDS patients attended to at the University Hospital of the Federal University of Mato Grosso do Sul. *Braz J Infec Dis*. 2002;6(1):8-14.