

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Dirce Inês da Silva

Fatores associados à não adesão ao tratamento farmacológico por pessoas vivendo com HIV/aids em um centro de referência em Belo Horizonte (MG)

Montes Claros
2012

Dirce Inês da Silva

Fatores associados à não adesão ao tratamento farmacológico por pessoas vivendo com HIV/aids em um centro de referência em Belo Horizonte (MG)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Cuidado Primário em Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira

Montes Claros

2012

Silva, Dirce Inês da.

S586f Fatores associados à não adesão ao tratamento farmacológico por pessoas vivendo com HIV/aids em um centro de referência em Belo Horizonte (MG) [manuscrito] / Dirce Inês da Silva. – 2012.

67 f. : il.

Bibliografia: 50-56.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/PPGCS, 2012.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira.

1. HIV/Aids – Belo Horizonte (MG). 2. Medicação – não adesão. 3. Terapia antirretroviral – alta atividade. I. Caldeira, Antônio Prates. II. Universidade Estadual de Montes Claros. III. Título.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Reitor: Professor João dos Reis Canela

Vice-reitora: Professora Maria Ivete Soares de Almeida

Pró-reitor de Pesquisa: Professor Vicente Ribeiro Rocha Júnior

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Professora Karen Torres C. Lafetá

Coordenadoria de Iniciação Científica: Professor Leonardo Monteiro Ribeiro

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Professor Dario Alves de Oliveira

Pró-reitor de Pós-graduação: Professor Hercílio Martelli Júnior

Coordenadoria de Pós-graduação Lato-sensu: Professor Augusto Guilherme S. Dias

Coordenadoria de Pós-graduação Stricto-sensu: Professora Maria Cristina F. Barbosa

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenador: Professor Alfredo Maurício Batista de Paula

Subcoordenador: Professor João Felício Rodrigues Neto



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



CANDIDATO (A): DIRCE INÊS DA SILVA

TÍTULO DO TRABALHO: "Fatores associado à não adesão ao tratamento farmacológico por pessoas vivendo com HIV/AIDS em um Centro de Referência em Belo Horizonte (MG)"

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde Coletiva

LINHA DE PESQUISA: Epidemiologia e Serviços em Saúde

BANCA (TITULARES)

PROF. DR. ANTÔNIO PRATES CALDEIRA – ORIENTADOR

PROFª. DRª. MARIA DAS GRAÇAS BRAGA CECCATO

PROF. DR. SÍLVIO FERNANDO GUIMARÃES DE CARVALHO

ASSINATURAS

BANCA (SUPLENTES)

PROF. DR. JOÃO FELÍCIO RODRIGUES NETO

PROF. DR. SÉRGIO HENRIQUE SOUZA SANTOS

ASSINATURAS

APROVADO(A)

REPROVADO(A)

Este trabalho é dedicado aos grandes mestres da minha vida:

Meus pais Joaquim Maria da Silva (*in memoriam*) e Jovenila da Anunciação Silva

À minha irmã Janilda Maria da Silva.

AGRADECIMENTOS

Ao Orientador, Professor Antônio, pelo aprendizado, pela aceitação para orientação neste trabalho.

A todos os professores da Pós-Graduação da Unimontes e FHEMIG que contribuíram para a construção de novos saberes. Aos colegas da Pós-Graduação, com os quais tive a oportunidade de compartilhar momentos gratificantes e de aprendizado.

Aos professores da Pós- Graduação da Faculdade de Farmácia: Edson Perini e Francisco Acúrcio pelo apoio desde a elaboração do projeto e processo de seleção no mestrado.

Aos professores e colegas do curso Análise de Dados e Redação do Artigo Científico em Salvador (UFBA/ Universidade Católica de San Francisco): Márcia Sampaio Sá, Eduardo Neto, Marcela Ferro, Thiago, George e Kimberly. Foram momentos de grande desafio e aprendizagem.

Ao amigo e colega Lucas Victor Guimarães da Farmácia do Hospital Eduardo de Menezes pela dedicação, compromisso nas entrevistas, palestras e coleta de dados. E por se tornar um agente de divulgação de orientação e informação sobre a epidemia HIV/aids através das palestras ministradas durante o desenvolvimento deste projeto e para sempre. Você aprendeu a ser um batalhador desta causa.

Aos professores Ana Cristina Botelho e Hercílio Martelli Júnior pelo apoio e compreensão nos momentos mais atribulados desta conquista. A Aline pela amizade firmada durante uma etapa e que permanece uma parceria na assistência.

A toda minha família, principalmente a minha mãe Jove, cuja atenção e convivência foram muitas vezes prejudicadas em momentos difíceis e importantes.

*“Há homens que lutam um dia e são bons.
Há outros que lutam um ano e são melhores.
Há os que lutam muitos anos e são muito bons.
Porém, há os que lutam toda a vida.
Esses são os imprescindíveis.”*

Bertolt Brecht

RESUMO

Com a introdução da terapia antirretroviral, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) deixou de ser doença aguda com alta letalidade e passou a ser uma doença crônica controlável. No entanto, a obtenção do sucesso terapêutico continua sendo desafio devido aos altos níveis de não adesão ao tratamento. O objetivo deste estudo foi mensurar a taxa de não adesão à terapia antirretroviral (TARV), identificando variáveis associadas em pacientes assistidos em um centro de referência em Belo Horizonte (MG). Os participantes deste estudo foram selecionados de forma aleatória entre todos os pacientes cadastrados na unidade de saúde. Utilizou-se questionário padronizado para coleta de informações sobre o paciente, abordando variáveis socioeconômicas e demográficas, variáveis relacionadas ao tratamento e à equipe de saúde. A Escala Morisk (*Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS) foi utilizada para avaliar a taxa de não adesão. Variáveis associadas foram identificadas por meio de análise de regressão logística. Participaram do estudo 308 pessoas e a taxa de não adesão à TARV foi de 48,7%. As variáveis que se mostraram estatisticamente associadas à não adesão foram: falta de escolaridade ($p=0,001$; OR=3,11; IC95%=1,59-6,07), renda familiar inferior a dois salários mínimos ($p=0,011$; OR=1,88; IC95%=1,16-3,06), ilegitimidade da prescrição médica ($p=0,016$; OR=1,87; IC95%=1,13-3,12) e relato de efeitos colaterais intensos ($p=0,042$; OR=2,04; IC95%=1,03-4,04). Conclui-se que a taxa de não adesão é elevada no grupo estudado. Entre as variáveis associadas à não adesão destacaram-se as variáveis sociais. Reitera-se a complexidade da não adesão à terapia antirretroviral, que se mantém como desafio aos gestores e profissionais de saúde.

Palavras-chave: Não Adesão à Medicação. Terapia Antirretroviral de Alta Atividade. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. HIV.

ABSTRACT

From the introduction of antiretroviral therapy, the Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) is no longer considered an acute disease with high mortality, but has become a chronic manageable disease. However, the achievement of therapeutic success remains being a challenge due to high levels of non-adherence to treatment. The aim of this study was to measure the rate of non-adherence to antiretroviral therapy (ART) and to identify variables associated in assisted patients in a reference health center in Belo Horizonte (MG). The study participants were randomly selected among all patients registered at the clinic. It was used a standardized questionnaire for collecting information about the patient, addressing socioeconomic and demographic variables, variables related to the treatment and to the health care team. The Morisk Scale (Morisky Medication Adherence Scale (MMAS)) was used to assess the rate of noncompliance. Associated variables were identified by logistic regression analysis. The study included 308 people and the rate of non-adherence to ART was 48.7%. The variables that were statistically associated with noncompliance were: lack of schooling ($p=0,001$; $OR=3,11$; $IC95\%=1,59-6,07$), family income less than two minimum wages ($p=0,011$; $OR=1,88$; $IC95\%=1,16-3,06$), prescription illegibility ($p=0,016$; $OR=1,87$; $IC95\%=1,13-3,12$) and reported intense side effects ($p=0,042$; $OR=2,04$; $IC95\%=1,03-4,04$). It was concluded that the rate of noncompliance is high in the group studied. Among the variables related to non-adherence it is possible to highlight the social variables. We reiterate how complex is the non-adherence to the antiretroviral therapy, which remains as a challenge to managers and health professionals.

Keywords: Non Adherence to Medication. Highly Active Antiretroviral Therapy. Acquired Immune Deficiency Syndrome. HIV.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV	Antirretroviral
ATAR	Projeto Adesão ao Tratamento Antirretroviral
ATF	Adesão ao Tratamento Farmacológico
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
GPEAS	Grupo de Pesquisa e Estudos em Epidemiologia e Avaliação da Saúde
HAART	<i>Higly Active Antirretroviral Therapy</i>
HEM	Hospital Eduardo de Menezes
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IF	Inibidor de Fusão
II	Inibidor de Integrase
IP	Inibidor de Protease
ITRN	Inibidores de Transcriptase Reversa não Nucleosídeos
ITRNN	Inibidores Não Nucleosídeos da Transcriptase Reversa
MEMS	Monitoramento Eletrônico de Medicamentos
MMAS	<i>Morisky Medication Adhrence Scale</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/AIDS
RAM	<i>Reported Adhrence to Medication</i>

TARV	Terapia Antirretroviral
TF	Tratamento Farmacológico
VAS	<i>Visual Analogue Scale</i>
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNAIDS	Programa das Nações Unidas para combate à AIDS

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	OBJETIVOS.....	24
2.1	Objetivo Geral.....	24
2.2	Objetivos Específicos.....	24
3	PRODUTO.....	25
3.1	ARTIGO.....	26
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
	REFERÊNCIAS.....	50
	APENDICE A.....	57
	APÊNDICE B.....	60
	APÊNDICE C.....	65
	ANEXO.....	66

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (aids) provocada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) representa, atualmente, um importante problema de saúde pública. A evolução da resposta do mundo à epidemia do HIV produziu importantes mudanças na saúde pública mundial. Os avanços alcançados no conhecimento da infecção, da biologia molecular, engenharia genética e a biotecnologia refletiram em uma evolução tecnológica no tratamento antirretroviral, resultando em mudanças no prognóstico, na qualidade de vida e no manejo de pacientes infectados. Esses impactos positivos transcendem, inclusive, a área de saúde ^{1,2}.

O Brasil vem se destacando no cenário internacional pela defesa e aplicação de ações de controle universal da infecção HIV/aids. Dentre essas ações, o acesso à terapia antirretroviral de alta atividade (*Highly Active Antiretroviral Therapy* - HAART), tanto para adultos como para crianças, definida pelo consenso nacional de terapia. O acesso universal à terapia antirretroviral (TARV), associado ao uso da quimioprofilaxia para as infecções oportunistas e a oferta de assistência, reduziu as internações hospitalares e óbitos por aids ³.

A adesão dos pacientes ao tratamento é um importante fator preditivo do sucesso da TARV em longo prazo. A complexidade dos esquemas, a decisão de quando e como começar é um aspecto importante. O início do tratamento deve coincidir com o momento de conscientização do paciente, segurança com relação ao tratamento e garantia de que o mesmo tenha entendido os objetivos e a necessidade de adesão. O paciente precisa compreender o regime terapêutico proposto e também o risco de desenvolvimento de resistência do HIV quando ocorrem falhas na administração da medicação ⁴.

Com o surgimento da TARV, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a incluir a aids na categoria das “condições crônicas”, enquanto doença tratável e clinicamente “manejável”⁵. Com este fato, a doença deixou de ser, em termos biomédicos, uma doença aguda para se tornar uma doença crônica ⁶. De acordo com Freitas e Mendes⁷, o conceito de condição crônica é algo complexo, contínuo, permanente e que requer mudanças para lidar com estilo de vida. Assim, novos desafios são vivenciados pelos pacientes e profissionais de saúde, como a necessidade de organização dos serviços, levando em conta o manejo contínuo e a adesão ao tratamento farmacológico.

Diante de medicamentos efetivos, bons resultados clínicos, pesquisadores, profissionais de saúde, governos e organizações não governamentais, em 1996, na XI Conferência Internacional de aids, realizada em Vancouver (Canadá), já tinham consenso que a TARV só teria resultados satisfatórios alcançados se ocorresse a adesão ao tratamento. Desde então, a não adesão se consolidou como um grande desafio tanto para os pacientes como para a saúde pública em geral ⁸. Destaca-se que, além da não adesão, outras questões vivenciadas pelas pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) também são críticas, como o estigma em relação à doença ⁹ e a má qualidade da assistência ¹⁰.

Antes da abordagem específica acerca da não adesão à TARV, objeto do presente estudo, alguns tópicos relevantes em relação à abordagem ao paciente com HIV/aids serão apresentados.

1.1 Epidemiologia

De acordo com relatório sobre a epidemia da aids do Programa das Nações Unidas para o combate à aids (UNAIDS), em 2011, 34 milhões de pessoas viviam com HIV/aids. Cerca de 2,7 milhões de novas infecções ocorreram mundialmente. O número de óbitos relacionados à AIDS, em 2010, foi de 1,8 milhões de pessoas. Segundo estimativas da UNAIDS, um total de 2,5 milhões de óbitos foram evitados em países de renda baixa e média, desde 1995, devido ao acesso da terapia antirretroviral¹¹.

Quase metade das pessoas no mundo (47%) com indicação de terapia antirretroviral já está em tratamento. Os investimentos financeiros na pandemia no final de 2010, um total de US\$ 15 bilhões, estavam disponíveis para a resposta HIV/aids. No entanto, a distribuição espacial da aids é extremamente desigual nos vários continentes. A África é a região mais afetada, tendo registro de mais de 90% dos casos de óbitos ocorridos. Cerca de 1,5 milhões de pessoas vivendo com HIV/aids estão na América Latina ¹¹. Apesar de muitos contrastes nesta região, a provisão de assistência e tratamento, principalmente o Brasil, vem se destacando, com acesso universal à TARV ¹².

O perfil epidemiológico da aids vem se alterando ao longo do tempo. Nos anos 80, o perfil era concentrado em homens homossexuais e receptores de sangue e hemoderivados. Hoje, diferentemente, a epidemia se estende aos diversos segmentos mais vulneráveis da população.

1.2 Manejo Clínico da aids

O histórico de tratamento farmacológico da AIDS teve seu marco com a zidovudina (AZT) no período de 1994 a 1996. O momento mais importante do tratamento farmacológico foi a partir de 1996 com a introdução de novas classes de antirretrovirais (ARVs) – inibidores de protease (IPs) e os inibidores de transcriptase reversa não nucleosídeos (ITRN). Com o advento desses novos ARVs, foi possível diminuir os índices de morbidade e mortalidade pela aids. Essa terapia antirretroviral combinada (*Highly Active Antiretroviral Therapy* – HAART) levou a êxitos significativos de pessoas infectadas pelo HIV por ser efetiva na redução da carga viral plasmática de RNA-HIV-1 para níveis indetectáveis¹³.

Os antirretrovirais atuam em várias etapas do ciclo vital do vírus, bloqueando a ação da transcriptase reversa, inibindo a protease, impedindo a entrada do vírus e fusão do envelope viral com membrana celular¹³. A associação de três ou mais drogas da mesma classe farmacológica ou de classes distintas resulta no aumento da atividade antirretroviral (elevação da contagem de linfócitos T CD4 e redução dos níveis plasmáticos da carga viral, por potencializar efeito terapêutico ou por sinergismo de ação de sítios diferentes do ciclo de replicação viral). Esses efeitos podem ser observados não apenas nas causas relacionadas com a aids, mas também naquelas que não estão diretamente relacionadas à doença¹⁴.

De acordo com o Ministério da Saúde¹⁵, atualmente, estão disponíveis 21 medicamentos ARVs divididos em cinco classes farmacológicas: a) Inibidores Nucleosídeos da transcriptase Reversa (ITRN); b) Inibidores Não Nucleosídeos da Transcriptase Reversa (ITRNN); c) Inibidores de Protease (IP); d) Inibidores de fusão (IF), e Inibidores da Integrase (II).

O objetivo da TARV é retardar a progressão da imunodeficiência e /ou restaurar, dentro do possível, a imunidade, aumentando o tempo e a qualidade de vida. No entanto, a evolução natural da infecção pelo vírus HIV caracteriza-se por intensa e contínua replicação viral em diversos compartimentos celulares e anatômicos, que irá resultar na destruição e/ou disfunção de linfócitos T (que expressam o antígeno de membrana CD4 - linfócitos T-CD4+ - e de outras células do sistema imune). Com a depleção progressiva dos linfócitos T-CD4+, em adição com um conjunto de outras alterações quantitativas e qualitativas do sistema imune,

ocorre a imunodeficiência que, na forma mais grave, se manifesta por meio das infecções oportunistas e neoplasias, caracterizando a aids ¹⁶.

1.3 Adesão ao tratamento farmacológico: terminologia e definições

Definir a expressão “adesão ao tratamento farmacológico” (ATF) é tarefa complexa, pois não existe consenso na terminologia entre os diversos autores. Cumprimento, aderência e os termos em língua inglesa “*compliance*” e “*adherence*”, muitas vezes, são utilizados para se referir à adesão à terapêutica. Em língua inglesa, “*compliance*” e “*adherence*” são amplamente empregados e usados de forma intercambiáveis. Entretanto, segundo Vermeire e colaboradores¹⁷ estes termos não possuem o mesmo significado: “*compliance*” pressupõe um papel passivo do paciente perante o seu tratamento aceitando as recomendações prescritas e “*adherence*” uma livre escolha do mesmo em adotar ou não estas recomendações.

A utilização do termo “cumprimento” no Brasil, é desestimulada por alguns autores por levar a pensar em obediência/desobediência, sugerindo uma relação submissa do paciente em relação ao médico¹⁸. O termo mais correntemente aceito é adesão, por expressar compreensão e cooperação. Desta maneira, desenvolve-se uma parceria, na qual o paciente não apenas obedece (cumpre) as recomendações médicas, mas entende, concorda e segue a prescrição estabelecida (adere). Sendo assim, significa que deve existir uma “aliança terapêutica” entre o paciente e seu médico, na qual são reconhecidas as responsabilidades de todos os envolvidos no processo, direta (paciente/profissional da saúde) ou indiretamente (família/amigos) no tratamento ¹⁹.

A OMS preconiza que, para que haja uma efetividade do tratamento, as alternativas terapêuticas devem ser exploradas, o regime terapêutico negociado, a adesão discutida e o acompanhamento planejado, adotando a definição de adesão como: “(...) a extensão pela qual o comportamento de uma pessoa tomando medicamentos, seguindo uma dieta ou mudando seu estilo de vida, correspondem a recomendações acordadas”²⁰.

De acordo com Silveira (2009), quando se fala de adesão aos antirretrovirais, este conceito deve ser ampliado e associado a um conjunto de ações como: disponibilidade de acesso ao

serviço, frequência e realização de exames laboratoriais, consultas, retirada de medicamentos na farmácia, dentre outros, sendo um processo dinâmico, contínuo e multifatorial ²¹.

1.4 Métodos de avaliação e monitoramento da adesão aos antirretrovirais

A avaliação rotineira e o monitoramento da adesão à terapêutica ainda é um desafio nos serviços de saúde de vários países. Existe uma grande variabilidade nas medidas de adesão disponíveis, com diferentes utilidades e aplicações clínicas e de pesquisa. Para a realização de um plano terapêutico efetivo e eficiente, bem como a certificação de que os resultados foram atribuídos aos medicamentos prescritos, é necessária a mensuração acurada da adesão ²⁰. Entretanto, não existe um instrumento com sensibilidade e especificidade suficiente para ser considerado “padrão ouro” para aferição e monitoramento da adesão ²².

Os métodos para aferição da adesão são classificados em diretos e indiretos. Entre as medidas indiretas existem o auto relato, monitoramento eletrônico de medicamentos (MEMS), contagem de comprimidos, registro diário de medicamentos e de farmácia e entrevista autoaplicável (considerados como método pictórico) . E, como medidas diretas, existem a verificação de marcadores biológicos e farmacológicos ²³.

O método mais utilizado para avaliar a adesão á TARV é o auto relato. São utilizados questionários semiestruturados contendo perguntas abertas e fechadas que abordam condições sociais, demográficas, compreensão em relação ao diagnóstico, ao tratamento e dificuldades encontrada ²⁴.

O questionamento direto deve ser feito de forma acolhedora, sem julgamentos, evitando o constrangimento e receio do relato sobre as interrupções e abandono do tratamento. Há tendência do paciente em superestimar a adesão com o medo de decepção ou desagrado da equipe de saúde, o que pode ser explicado pelo fenômeno da desejabilidade ²⁴. O auto relato pode tender a superestimar o nível de adesão, mas pode produzir bons indicadores de adesão, dependendo do modo como é conduzido ²¹

Dentre os métodos de auto relato, a estratégia de aplicação de escalas é bastante útil e as principais escalas adotadas são: *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS); *Reported*

Adherence to Medication (RAM); Patient Adjustment to Medication (PAM); e Visual Analogue Scale (VAS) ²⁵.

A MMAS, desenvolvida por Morisky e Green ²⁶, em 1986, é composta por quatro perguntas para identificar atitudes e comportamentos frente à tomada de medicamentos. Essa escala foi modificada por Delgado e Lima ²⁷ para análise variável dicotômica (aderente e não aderente). A conversão da escala de Likert para dicotômica foi feita de acordo com o seguinte critério: nunca e raramente, da escala de Likert passou a “não” da escala dicotômica; e às vezes, com frequência, quase sempre e sempre, da escala de Likert passou a “sim” da escala dicotômica. A escala MMAS mede a não adesão intencional e não intencional, é baseada no esquecimento, descuido com os horários de administração e interrupção do uso dos medicamentos quando o paciente se sente pior, ou melhor. A escala consiste de quatro perguntas:

- 1- Você alguma vez esquece de tomar seu remédio ?
- 2- Você, às vezes é descuidado para tomar seu remédio?
- 3- Quando você, se sente melhor, às vezes, você para de tomar seu remédio ?
- 4- Às vezes, você se sente pior quando toma o remédio , você para de tomá-lo ?

Uma resposta negativa a uma dessas perguntas classifica a não adesão ao tratamento. A MMAS é o questionário mais utilizado no Brasil para avaliar a adesão de medicamentos ²⁸.

A escala *Reported Adherence to Medication (RAM)* tem por objetivo avaliar os níveis de adesão à medicação, a frequência que ocorrem os ajustes ou alterações de doses prescritas . É composta por quatro afirmações que medem graus de adesão, ou seja às vezes que o paciente se esquece de tomar ou altera doses da medicação e como percebe o próprio esquecimento ou alteração. Sendo que dois itens estão relacionados ao grau em que os indivíduos se esquecem ou não de tomar os medicamentos ou alteram as doses prescritas de acordo com suas próprias necessidades e os outros dois itens são referentes a frequência com que ocorrem. Os itens estão dispostos numa escala de tipo likert de cinco pontos, sendo 1 para concordo totalmente; 2 : concordo; 3: não tenho a certeza; 4:discordo e 5 : discordo totalmente. Com relação à frequência com que ajustam ou esquecem da medicação a escala de cinco pontos é a seguinte:1- quase sempre; 2-muitas vezes; 3-às vezes; 4-raramente e 5- nunca. Nesta escala, os itens valem cinco pontos e os valores oscilam quatro (classificação de muito aderente) até 20 (classificação não aderente) ²⁸.

A escala *Patient Adjustment to Medication* (PAM) mede a adesão em relação à orientação, isto é, como o paciente segue as orientações dadas pelos profissionais de saúde em relação à dose, horário e a dose. São três itens, avaliados com quatro pontos, variando de 3 (se seguir as orientações é aderente) a 12 (nunca segue as orientações é não aderente)²⁸.

A escala *Visual Analogue Scale* (VAS) tem como base perguntas feitas aos pacientes e conferindo percentuais de adesão por meio de cartões com variações percentuais. Os instrumentos mais utilizados incluem uma escala ordinal onde o menor número representa a menor frequência de experiência em questão (por exemplo, adesão aos medicamentos ou presença de dor). E o maior número representa a maior quantidade ou intensidade. Atualmente percebe-se o aumento da utilização desta escala em estudos sobre adesão ao tratamento antirretroviral^{24,29 e 30}, pois antes era mais utilizado em estudos de dor crônica e aguda.

Os métodos pictóricos são registros diários de medicamentos por meio de entrevista autoaplicável^{24 e 31}. Existe uma grande variabilidade nas medidas de adesão disponíveis, com diferentes utilidades, aplicações clínicas e de pesquisa.

Outro método utilizado é a contagem de comprimidos que pode ser de forma anunciada ou inesperada. A forma anunciada pode ocorrer nas consultas clínicas e nos retornos à farmácia. Trata-se de um método que depende muito da colaboração da pessoa e pode ser ineficaz se não ocorrer um bom acolhimento e uma boa relação com os profissionais de saúde²⁴. Pode ocorrer subestimação da não adesão, pois pode ter ocorrido a retirada e a não utilização. Pode-se utilizar para isto o sistema eletrônico de memória na tampa dos frascos: *Medication Events Monitoring System* (MEMS), o que melhora a efetividade, mas pode ocorrer a retirada e não utilização e o esquecimento de tomar^{28 e 32}.

Os métodos diretos como marcadores biológicos, carga viral, contagem de linfócitos TCD4⁺ *screening* de resistência oferecem informações da efetividade do tratamento, porém não são capazes de oferecer informações sobre adesão. Alterações destes podem sugerir a ocorrência de falha terapêutica, podendo a não adesão ser um dos fatores associados. A ocorrência de baixa absorção, interação de drogas e resistência pré-existente ocorrem na maioria das pessoas aderentes ao tratamento²³. O controle dos níveis séricos não tem sido utilizado com os antirretrovirais devido ao alto custo e ausência de metodologia para este grupo de fármacos, equipamentos e procedimentos de coleta padronizados²⁴.

A importância da adesão tem sido reconhecida, no Brasil, desde 1990, pelo Programa Nacional de DST/aids³³. De acordo com Carvalho e colaboradores³⁴, a literatura internacional recomenda o mínimo de 95% de ingestão dos medicamentos prescritos para inibição adequada da replicação do vírus. Para alcançar a supressão viral adequada a adesão deve ser maior ou igual a 95%³⁵. 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 nucleosídeo⁴.

O estudo de Remor e colaboradores³⁶ destaca que a adesão ao tratamento é um novo desafio tanto para os gestores das políticas de DST/aids, como para os serviços de saúde envolvidos no atendimento às PVHA, porque quando ocorre descontinuidade do tratamento (lapsos, falhas nos dias e horários) existe o risco de geração de cepas virais multirresistentes.

Foi realizado um estudo por Melchior e colaboradores³⁷ em que foram avaliadas entrevistas de pessoas que utilizaram os antirretrovirais. Ao se analisar os dados, pode-se verificar que os fatores sociais e culturais são mais difíceis de serem superados em comparação com a tomada do medicamento. Sendo assim, é de suma importância o papel desempenhado pelo setor de saúde.

O primeiro estudo no Brasil que avaliou a não adesão dos pacientes infectados pelo HIV em início de terapia foi o Projeto Adesão ao Tratamento Antirretroviral (Projeto ATAR). Trata-se de um estudo desenvolvido pelo Grupo de Pesquisas e Estudos em Epidemiologia e Avaliação em Saúde (GPEAS) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) financiado pelo Ministério da Saúde³⁸. Este grupo de pesquisa tem desenvolvido vários estudos como: fatores associados à adesão aos antirretrovirais e medidas de adesão desenvolvido por Bonolo e colaboradores²⁵; a pesquisa sobre a utilização de registros de farmácia como indicador de não adesão de Gomes e colaboradores²³ e o estudo de Rocha e colaboradores²² que destaca o desafio urgente de monitoramento da adesão. Em 2010, esse grupo apresentou uma coletânea de estudos do Projeto ATAR³⁹.

A literatura apresenta trabalhos que indicam taxas de adesão variando de 32,3% a 70,2%⁴⁰, com variabilidade também da população estudada e do método de quantificação utilizado⁴¹⁻⁴⁴.

Em um estudo multicêntrico brasileiro, foi observada taxa de adesão de 75%, dado semelhante às taxas observadas em países desenvolvidos⁴⁵.

1.5 Fatores preditores de não adesão

A utilização diária dos medicamentos no tratamento da aids traz, como em outras doenças crônicas, um desafio para o paciente e para a equipe de saúde que o acompanha. Diversos fatores estão relacionados com a não adesão e esses múltiplos fatores dificultam a abordagem e direcionam para a necessidade de soluções para a situação.

A OMS²⁰ destacou alguns fatores associados a não adesão à TARV por pessoas com HIV/aids. Dentre os fatores socioeconômicos registrou-se: baixa renda, falta de apoio social, homens afro-americano, estresse das mães ao cuidar das crianças. Em relação à equipe de saúde foram apontados: falta de instrução clara, isto é, a comunicação por parte dos profissionais de saúde e falta de intervenção educacional de atualização e aperfeiçoamento.

Entre os fatores relacionados à TARV foram identificados: complexidade do tratamento falta de monitoramento, severa alteração do estilo de vida, reações adversas e falta de instrução claras sobre como ingerir os medicamentos. E, finalmente, com relação ao paciente o documento destaca: esquecimento do tratamento, uso de drogas e álcool, depressão, falta de esperança e sentimentos negativos.

Carvalho e colaboradores mostraram em seu estudo que os principais fatores associados à não adesão foram: baixo nível de renda, escolaridade e tipo de ocupação³⁴. E Bonolo e colaboradores²⁵, em uma revisão de literatura, destaca a associação da não adesão com características sócio demográficas, acesso, uso de serviços de saúde, fatores psicossociais, percepção da doença e fatores relacionados ao tratamento. Dentre os trabalhos analisados pela autora, a prevalência média de não adesão à TARV foi de 30,4%.

No estudo de Silva e colaboradores⁴⁶, foi encontrada associação entre não adesão e uso de álcool, baixa renda e tempo de diagnóstico entre um e três anos, além de complexidade do esquema terapêutico como fator de não adesão à TARV.

Outro fator contribuinte para não adesão ao tratamento refere-se ao aparecimento de efeitos colaterais com a utilização da TARV. A curto e longo prazos durante a utilização da TARV um elevado número de eventos adversos podem ocorrer. Estes atuam com grande relevância e por diferentes motivos. Por um lado, são leves e frequentes e diminuem a qualidade de vida das PVHA sendo eles: náuseas, cefaléia e diarreia⁴⁷.

De acordo com o estudo de Ribeiro e colaboradores, a intolerância e os efeitos adversos são as barreiras mais importantes para o sucesso do tratamento prolongado. Por outro lado os efeitos adversos graves podem provocar hospitalizações e alguns podem causar perigo de vida para as PVHA, como acidose láctica, esteatose hepática e pancreatite⁴⁸. Martin e colaboradores mostraram em seu estudo que as PVHA podem modificar ou interromper o uso da TARV para minimizar a intensidade dos efeitos adversos e aumentar a qualidade de vida⁴⁹.

O presente estudo buscará conhecer melhor o universo da relação paciente-medicação entre as pessoas vivendo com HIV/aids em um centro de referência da cidade de Belo Horizonte, em Minas Gerais.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

- Conhecer os fatores associados a não adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas em seguimento em um centro de referência em Belo Horizonte (MG).

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar as condições socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas para pessoas em tratamento antirretroviral em seguimento no Hospital Eduardo de Menezes, em Belo Horizonte (MG);
- Mensurar a prevalência de não adesão ao tratamento antirretroviral;
- Identificar os fatores associados a não adesão ao tratamento antirretroviral em uso contínuo.

3 PRODUTO

Seguindo o regulamento do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, os resultados alcançados no presente estudo serão apresentados em formato de um artigo científico.

O artigo “Avaliação da não adesão à terapia antirretroviral por pessoas vivendo com HIV/AIDS em um centro de referência de Belo Horizonte, Minas Gerais” está formatado segundo as regras da *Revista de Ciência e Saúde Coletiva*.

RESUMO

Os efeitos da não-adesão a terapia anti-retroviral (TARV) podem levar a devastadores problemas de saúde. Objetivou-se mensurar a taxa de não adesão à TARV, identificando variáveis associadas em pacientes assistidos em centro de referência em HIV/AIDS. Utilizou-se questionário padronizado para coleta de informações e a Escala Morisk (*Morisky Medication Adherence Scale - MMAS*) para avaliar a taxa de não adesão. Investigou-se variáveis sociodemográficas, relacionada aos medicamentos utilizados e relacionadas à equipe de saúde. Variáveis associadas com a não adesão até o nível de 20% ($p < 0,20$) na análise bivariada foram consideradas para a análise de regressão logística. Participaram do estudo 308 pessoas e a taxa de não adesão à TARV foi de 48,7%. As variáveis que se mostraram associadas à não adesão foram: falta de escolaridade ($p=0,001$; OR=3,11; IC95%=1,59-6,07), renda familiar inferior a dois salários mínimos ($p=0,011$; OR=1,88; IC95%=1,16-3,06), ilegibilidade da prescrição médica ($p=0,016$; OR=1,87; IC95%=1,13-3,12) e relato de efeitos colaterais intensos ($p=0,042$; OR=2,04; IC95%=1,03-4,04). A taxa de não adesão é elevada e as variáveis associadas destacam a problemas sociais e clínicos, revelando um fenômeno complexo a ser enfrentado pelos serviços de saúde.

PALAVRAS CHAVE: Adesão à Medicação. Terapia Antirretroviral de Alta Atividade. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. HIV.

ABSTRACT

The effects of non-adherence antiretroviral therapy (ART) can lead to devastating health problems. We aimed to measure the rate of non-adherence to ART and to identify variables associated in patients assisted at a referral health center for HIV/AIDS. We used a standardized questionnaire to collect information and the Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) to assess the rate of non-adherence. We investigated sociodemographic variables, related to medication and related to health care team. Variables associated with non-adherence until the 20% level ($p < 0.05$) in the bivariate analysis were considered to logistic regression analysis. 308 people participated in the study and the rate of non-adherence to ART was 48.7%. The variables that were associated with non-adherence were: lack of education ($p = 0.001$, OR = 3.11; 95%CI= 1.59 to 6.07), family income less than two minimum wages ($p = 0.011$, OR = 1.88; 95%CI= 1.16 to 3.06), illegibility of the prescription ($p = 0.016$, OR = 1.87; 95%CI= 1.13 to 3.12) and reported intense side effects ($p = 0.042$, OR = 2.04; 95%CI= 1.03 to 4.04). The rate of non-adherence to ART is high and the associated variables highlight clinical and social problems, revealing a complex phenomenon to be faced by health services.

KEYWORDS: Medication Adherence. Antiretroviral Therapy, Highly Active. Acquired Immunodeficiency Syndrome. HIV.

**AVALIAÇÃO DA NÃO ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL POR PESSOAS
VIVENDO COM HIV/AIDS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE BELO
HORIZONTE, MINAS GERAIS**

**EVALUATION OF NON-ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL THERAPY BY PEOPLE LIVING WITH
HIV/AIDS IN A REFERENCE HEALTH CENTER IN BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS, BRAZIL**

INTRODUÇÃO

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), as pessoas portadoras de doenças crônicas são potenciais candidatos ao seguimento inadequado das recomendações médicas, incluído a adesão à terapêutica farmacológica¹. Trata-se de uma questão crítica, pois a não adesão ao tratamento pode comprometer a obtenção de bons resultados e para algumas condições clínicas os efeitos podem ser desastrosos. No caso da Síndrome de Imunodeficiência Humana (AIDS), atualmente considerada como uma doença crônica, a adesão aos esquemas terapêuticos com múltiplas drogas representa um desafio^{2,3} e as implicações decorrentes da não adesão à terapia antirretroviral (TARV) incluem falha terapêutica e resistência viral⁴.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) assegura às pessoas vivendo com HIV/AIDS o acesso universal e gratuito aos antirretrovirais (ARVs). O sucesso da TARV, atribuído também à política de acesso, teve reflexos na redução da mortalidade e internações devido ao HIV recentemente⁵. A efetividade do tratamento depende de se assegurar uma boa adesão ao

esquema antirretroviral prescrito evitando-se a falência do tratamento pela não utilização ou adesão irregular ao tratamento⁶.

A adesão é um processo dinâmico e multifatorial, que sofre influência do contexto sociocultural e do relacionamento entre o paciente e a equipe multiprofissional. A OMS¹ destacou alguns fatores associados a não adesão à TARV por pessoas com HIV/AIDS. Dentre os fatores socioeconômicos registrou-se: baixa renda, falta de apoio social e etnia afro-americana. Em relação à equipe de saúde foram apontados: falta de instrução clara, isto é, a comunicação por parte dos profissionais de saúde e falta de intervenção educacional (atualização e aperfeiçoamento).

Apesar da relevância do tema, ainda não existe, para a maioria das doenças crônicas, uma medida “padrão-ouro” tanto para a aferição como para o monitoramento da adesão terapêutica⁷. Assim, vários métodos são utilizados para estimar a não adesão em pacientes com HIV/AIDS, incluindo auto relato, análise de prontuários, contagem de comprimidos, registro diário de medicamentos, níveis séricos dos ARVs e registros de dispensação da farmácia^{8,9}. Também não existe, no Brasil, estudos sobre a taxa de adesão nacional para os pacientes vivendo com HIV/AIDS e grande parte dos serviços também não conhecem suas taxas de não adesão. De acordo com Nemes *et al*¹⁰, em estudo que avaliou a qualidade da assistência ao paciente com HIV/AIDS em sete estados brasileiros, os piores resultados estavam relacionados ao processo de atenção farmacêutica, mostrando a necessidade emergente de intervenção na área, que inclui a dispensação e acompanhamento da adesão à terapêutica para enfrentamento do problema.

O auto relato tem sido o método mais utilizado para diagnóstico, monitoramento e obtenção de informações sobre adesão, tanto em pesquisas, como no cuidado diário em saúde³. Uma das estratégias validadas de avaliação da adesão por meio do auto relato é a *Morisky*

*Medication Adherence Scale (MMAS)*¹¹, modificada e validada em português por Delgado e Lima¹².

No presente estudo, objetivou-se mensurar a não adesão ao tratamento farmacológico aos ARVs, com base na MMAS para pessoas vivendo com HIV/AIDS em um centro de referência de Belo Horizonte (MG).

MÉTODO

O estudo, com delineamento transversal, foi realizado com pessoas vivendo com HIV/AIDS assistidas no ambulatório do Hospital Eduardo de Menezes (HEM) da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), em Belo Horizonte, no período de julho de 2011 a julho de 2012. O hospital presta assistência especializada em infectologia, atuando também na pesquisa, formação e capacitação profissional. No momento da realização do estudo o serviço tinha o registro de acompanhamento de 1348 pacientes com HIV/AIDS.

Para este estudo foram definidos como critérios de inclusão: a) ter idade superior a 18 anos; b) realizar tratamento e/ou acompanhamento no local do estudo; c) fazer uso da TARV há pelo menos seis meses; d) estar de acordo em participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos os pacientes que também realizavam tratamento e/ou acompanhamento na rede privada.

O estudo foi conduzido com uma amostra aleatória simples entre todos os pacientes registrados, sendo realizado o cálculo amostral de acordo com os seguintes parâmetros: prevalência estimada de não adesão de 30%, nível de confiança de 95% e margem de erro de

5%, o que definiu um tamanho amostral mínimo de 250 pessoas. Para compensar eventuais perdas, o estudo buscou acréscimo de 15%, definindo um grupo mínimo de 299 pessoas.

Os dados foram coletados mediante a aplicação de um formulário semiestruturado contendo variáveis sociodemográficas, referentes aos medicamentos utilizados no tratamento, relacionadas ao serviço e à equipe multiprofissional e escala de avaliação da adesão, baseada na MMAS¹¹. Esta escala é composta por quatro perguntas que objetivam avaliar o comportamento do paciente em relação ao uso habitual do medicamento. A MMAS mede a não adesão intencional e não intencional, sendo esta baseada no esquecimento, descuido com os horários de administração e interrupção do uso dos medicamentos dependendo se o paciente se sente pior ou melhor. Cada uma das perguntas da MMSA tem cinco opções, mas a variável resposta final foi dicotomizada (em aderente e não aderente) a partir da escala de Likert, conforme a proposta de Delgado e Lima¹². Assim, as opções “nunca” e “raramente”, da escala passaram a representar a opção “não” da escala dicotômica, enquanto as opções “às vezes”, “com frequência”, “quase sempre” e “sempre” da escala passaram a representar a opção “sim”.

Outras questões do instrumento de coleta de dados foram extraídas de outros instrumentos utilizados em estudos similares. A aplicação do instrumento foi realizada por um dos pesquisadores e um por um auxiliar administrativo previamente treinado no próprio serviço de saúde, em sala privativa.

As variáveis independentes foram classificadas em três grupos: variáveis sociodemográficas (idade, gênero, estado civil, etnia/cor da pele, escolaridade, renda familiar, número de pessoas vivendo no mesmo domicílio e atividade remunerada), relacionadas aos medicamentos (número de medicamentos, intensidade dos efeitos colaterais, percepção de esforço para seguimento do tratamento, percepção de benefício com uso do medicamento, quantidade de

informações sobre os medicamentos e uso de estratégias para lembrar-se de usar os medicamentos) e ao serviço e equipe multidisciplinar (percepção da qualidade do atendimento da equipe de saúde, do atendimento do médico e legibilidade da prescrição médica.

Os dados foram compilados e processados com uso de dois programas estatísticos *Epi Info 3.5.2* e *Statiscal Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 18.0. Inicialmente foi realizada a análise descritiva seguida da análise bivariada para verificar a associação entre a não adesão e demais variáveis do estudo por meio do teste qui-quadrado e regressão logística, que incluiu todas as variáveis associadas até o nível de 20% ($p < 0,20$). Para o modelo final admitiu-se apenas as variáveis associadas com a não adesão até o nível de 5% ($p < 0,05$).

Os aspectos éticos foram respeitados em todos os momentos. Todos os participantes assinaram o TCLE e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (processo número 194/2011 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE 0014.0.438.000-11).

RESULTADOS

Foram obtidas informações de 312 pacientes, entretanto, foram excluídos quatro que faziam atendimento simultâneo na rede privada. Em relação às características sociodemográficas, observou-se que 231 pessoas (75,0%) eram do sexo masculino; a faixa etária predominante para os estudados foi de 50 a 59 anos ($n=204$; 66,2%). Houve predominância de pessoas pardas ($n=161$; 52,3%) e quanto ao estado civil, 136 pessoas (44,2%) eram solteiras. A maioria dos respondentes ($n=176$; 57,1%) exerciam atividade remunerada. Quanto ao grau de

escolaridade, registrou-se 52 (16,9%) pessoas sem nenhuma escolaridade. Informações sociodemográficas detalhadas estão apresentadas na Tabela 1.

Para a avaliação da adesão à TARV por meio da MMAS foram analisadas as respostas a cada um das perguntas da escala, conforme se apresenta na Tabela 2. De acordo com os dados obtidos, as questões que mais contribuíram para a definição da não adesão foram referentes ao costume de tomar os ATV fora do horário e o esquecimento. Entre os 308 pacientes que compuseram este estudo a taxa global de não adesão foi de 48,7%.

As análises bivariadas para variáveis sociodemográficas, relacionadas aos medicamentos, relacionadas ao serviço e equipe multidisciplinar de saúde, segundo a percepção do paciente, são apresentadas nas tabelas 3, 4 e 5, respectivamente. Após análise multivariada (regressão logística *stepward*), as variáveis que se mostraram associadas com a não adesão aos ARV foram a falta de escolaridade ($p=0,001$; OR=3,11; IC95%=1,59-6,07), renda familiar inferior a dois salários mínimos ($p=0,011$; OR=1,88; IC95%=1,16-3,06), ilegitimidade da prescrição médica ($p=0,016$; OR=1,87; IC95%=1,13-3,12) e relato de efeitos colaterais intensos ($p=0,042$; OR=2,04; IC95%=1,03-4,04).

DISCUSSÃO

O presente estudo permitiu identificar, por meio de um instrumento validado de autorrelato, uma elevada taxa de não adesão ao tratamento farmacológico aos ARVs, para pessoas vivendo com HIV/AIDS. O autorrelato tem sido o método mais utilizado para diagnóstico, monitoramento e obtenção de informações sobre adesão, tanto em pesquisas, como no cuidado diário em saúde. Esse método tem como vantagens ser de baixo custo, flexível e de tempo curto para execução, além de proporcionar a escuta e discussão, sobre os motivos e

dificuldades relacionados ao tratamento e resolução problemas apresentados e tem sido utilizada em várias áreas. Devido à política de acesso universal à TARV no Brasil, os estudos similares sobre adesão são de particular relevância, podendo auxiliar na compreensão do problema e na proposição de formas de intervenção para enfrentamento da pandemia.

Os resultados deste estudo destacam um percentual de não adesão maior do que o que registrado em outros estudos. De acordo com o estudo de Silva¹³, realizado em um centro de referência na Bahia, a prevalência de não adesão foi de 25%. Segundo publicação do Ministério da Saúde, a variabilidade da não adesão em outros estudos é de 0,8% a 85,2%, pois depende do tipo de medida, da definição de adesão e do ponto de corte adotado¹⁴.

A avaliação da adesão por meio da *Escala de Morisky* foi uma ferramenta estratégica e permitiu maior detecção das diversas situações comportamentais quanto à adesão à TARV. Os resultados destacam valores preocupantes, pois uma elevada taxa de não adesão prejudica a supressão viral adequada. A adesão insatisfatória pode associar-se ao desenvolvimento de resistência viral^{4,6}.

Os resultados observados para as respostas às questões da MMAS são coerentes com outro estudo nos quais foram feitas perguntas semelhantes, mas em outra condição crônica¹⁵. O descuido com os horários de administração dos medicamentos e o esquecimento são os aspectos mais apontados pelas pessoas com HIV/AIDS não aderentes ao tratamento. Outros autores já apontaram que muitas pessoas infectadas pelo HIV têm dificuldade de adesão, por diversos fatores que incluem a complexidade do esquema antirretroviral, o número alto de doses, os diferentes horários de administração, a restrição dietética e, como barreira adicional para adesão, o esquecimento das tomadas^{16,17}. No presente estudo, o relato de esquecimento e o costume de tomar os medicamentos fora de horário foram os aspectos mais identificados pela Escala de Morisky. Alguns estudos definem não adesão apenas como falta de doses. No

entanto, deve-se considerar que o uso dos medicamentos antirretrovirais em doses e horários inadequados e/ou o fato de não aderir às orientações dos profissionais de saúde também facilitam o aparecimento de resistência¹⁸.

É importante ressaltar que o perfil de pacientes identificados no presente estudo não é substancialmente diferente daqueles apontados em outros estudos^{19,20}. Entre as variáveis que se mostraram associadas com a não adesão, a falta de escolaridade e a baixa renda familiar reforçam a possível iniquidade que a pandemia tem alcançado ao se expandir, o que está de acordo com outros estudos^{21,22}.

Em estudo de Carvalho *et al*²³ observou-se associação entre adesão e diversas variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais. Os autores registraram que a escolaridade se manteve associada no modelo final, juntamente com a cor da pele, a localização do centro de acompanhamento e o relato de receber apoio dos amigos quanto às necessidades permaneceram associados com adesão. A renda familiar que apresentava associação na análise bivariada não se manteve no modelo final. Salienta-se, todavia, que o ponto de corte utilizado foi de três salários mínimos, o que difere do presente estudo. A pesquisa de Seidl *et al*²⁴ mostrou como fatores associados a não adesão a baixa escolaridade e renda familiar, de forma concordante com este estudo. Ao lado dos fatores associados, os aspectos psicossociais influenciam os níveis de adesão e têm despertado interesse de pesquisadores de diversas áreas e profissionais de saúde²⁴. Todavia, esses aspectos não foram abordados no presente estudo.

Outro fator relevante para a não adesão apontado nesta pesquisa foi a intensidade dos efeitos colaterais. De acordo com estudos recentes, a intolerância aos efeitos colaterais é fator importante para não adesão à TARV e qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS^{25,26}. As manifestações gastrointestinais são as mais comuns, sendo elas: náuseas, cefaléia e diarreia²⁵. Esses efeitos, que são de origem multifatorial, são incômodos e podem

interferir na absorção de alimentos e outros medicamentos, ocorrendo o incremento do risco de desidratação, alterações de processos bioquímicos, desnutrição, perda de peso e redução da concentração plasmática dos fármacos²⁷.

Com relação às variáveis relacionadas ao serviço, detectou-se que a legibilidade da prescrição foi outro fator associado com a não adesão. Segundo orientações da OMS²⁸, após o médico selecionar o tratamento e escrever a receita, o mesmo deve informar o paciente sobre os objetivos do tratamento instituído, orientando sobre como, quando e por quanto tempo deve fazer uso, destacando ainda benefícios e riscos, procedimentos a seguir em caso de efeitos adversos e como guardar os medicamentos. Para o paciente, o medicamento é um produto que, acompanhado de informação, facilita o seu uso correto. Em segundo plano, o profissional farmacêutico tem a responsabilidade compartilhada de dispensar mediante a prescrição os medicamentos, também esclarecer o paciente²⁹.

No estudo de Mastroianni *et al*³⁰ a ilegibilidade da prescrição e a falta de informações foram apontados como fatores que contribuem para o uso inadequado dos medicamentos e para a não adesão ao tratamento. Também Araújo e Uchoa³¹ destacaram uma série de problemas que podem ser decorrentes da falta de legibilidade da prescrição, com prejuízos potenciais aos pacientes. A ilegibilidade pode gerar interpretações equivocadas, levando a troca de medicamentos, o que pode ter consequências graves, incluindo óbito. Em outro estudo de Mastroianni³², observou-se 41,2% de ilegibilidade nas prescrições analisadas, fato que, para o autor, demonstra um comprometimento na comunicação efetiva entre o médico e farmacêutico e, conseqüentemente, o entendimento do paciente sobre o medicamento e seu uso. A ilegibilidade da prescrição tem sido responsável por relatos de problemas de saúde. É classificada como falta ética, sendo vedadas as prescrições ou notificações ilegíveis ou com rasuras que possam induzir ao erro ou a troca de medicação.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas no processo de generalização dos resultados. Dentre as limitações está o método de avaliação da adesão, que foi por meio do autorrelato, pois esse comportamento é susceptível ao viés da relação paciente-equipe de saúde. Todavia, o emprego de uma escala validada buscou restringir, pelo menos em parte, tal limitação. O fato de o estudo ter sido conduzido em uma única unidade de saúde também dificulta a generalização dos dados. Salienta-se, entretanto, que o local do estudo é um centro de referência e que o contingente de pacientes abordado foi adequado e que o perfil dos participantes não difere muito entre os diversos serviços. Espera-se que os resultados obtidos possam subsidiar novas discussões sobre a adesão à TARV, incluindo, além dos aspectos estritamente ligados aos medicamentos, a inserção social do paciente e sua relação com a equipe de saúde.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que a adesão ao tratamento farmacológico à TARV é processo complexo e representa um desafio atual aos serviços que atendem os pacientes com HIV/AIDS. Esse aspecto implica em repercussões potenciais no nível social, pessoal, familiar e também econômico, principalmente com a limitação de recursos e sustentabilidade da pandemia de HIV/AIDS.

É importante conhecer os fatores que podem influenciar a não adesão, pois desta forma torna-se mais fácil ultrapassar as barreiras. Não bastando apenas perceber, conhecer, mas compreender para a tomada de decisão a nível político, questões de acessibilidade aos medicamentos, tratamento e apoio social. Também é fundamental que em cada instituição, os

profissionais de saúde, em sua área de governabilidade e conjuntamente, venham a conhecer a origem do comportamento não aderente e trabalhem para reverter a situação.

A metodologia aplicada no estudo com uso da MMAS revelou ser uma alternativa para avaliação da adesão, pois aponta os principais problemas em relação aos medicamentos. É uma ferramenta que pode ser associada a outras medidas de adesão para uma melhor forma de aferição e monitoramento com acurácia .

O processo de adesão está também associado com a relação dos profissionais de saúde e o doente. É urgente o desafio de avaliar a adesão ao tratamento em pessoas com HIV/AIDS de forma proveitosa, com uma linguagem clara, tratamento individualizado e personalizado de forma a trazer o esclarecimento e respeitando a capacidade cognitiva, as crenças e situação econômica do doente. Não existe um “modelo ideal” a ser seguido e padronizado, mas existem estratégias para cada circunstância, considerando o indivíduo, suas características, o serviço e os profissionais de saúde. Algumas recomendações que podem ser sugeridas incluem a informatização da prescrição, estímulo para a inclusão da rede familiar e social dos pacientes em tratamento para que sintam apoiados e encorajados no seguimento da terapêutica prescrita, boa articulação entre os diferentes elementos da equipe multiprofissional de saúde e educação permanente para esta equipe.

Nota: Todos os autores participaram da concepção e execução do trabalho e da redação do texto final.

Agradecimentos: Os autores agradecem o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG).

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva: WHO; 2003.
2. Rocha GM, Machado CJ, Acúrcio FA, Guimarães MDC. Monitoramento da adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: um desafio urgente. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(supl.1):S67-S78.
3. Polejack L, Seidl EMF. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/AIDS: desafios e possibilidades. *Rev C S Col* 2010; 15(Supl.1):1201-8.
4. Al-Dakkak I; Patel S; McCann E; Gadkari A; Prajapati G; Maiese EM. The impact of specific HIV treatment-related adverse events on adherence to antiretroviral therapy: a systematic review and meta-analysis. *AIDSCare* 2013; 25(4):400-14.
5. Rossi SMG, Maluf ECP, Carvalho DS, Ribeiro CEL, Battaglin CRP. Impacto da terapia antirretroviral conforme diferentes consensos de tratamento da AIDS no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 32(2):117-23.
6. Bangsberg DR, Acosta EP, Gupta R, Guzman D, Riley ED, Harrigan PR, *et al*. Adherence-resistance relationships for protease and non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors explained by virological fitness. *AIDS* 2006; 20(2):223-31.
7. Dias AM, Cunha M, Santos A, Neves A, Pinto A, Silva A, Castro S. Adesão ao regime Terapêutico na Doença crônica: Revisão da Literatura. *Millenium* 2011; 40:201-219.

8. Segury N, Diaz T, Pereira-Campos D, Veloso VG, Grinsztejin B, Teixeira L, Pillotto JA. Evaluation of the consistency of refills for antirretroviral medications in two hospitals in the state of Rio de Janeiro, Brazil. *AIDS Care* 2007; 19:617-25.
9. Gomes RRFM, Machado, CJ, Acúrcio FA, Guimarães MDC. Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicador da não adesão à terapia antirretroviral em indivíduos infectados pelo HIV. *Cad Saúde Pública* 2009; 25(3):459-506.
10. Nemes MIB, Castanheira ERL, Melchior R, Alves MTSSB, Basso CR. Avaliação da qualidade da assistência no Programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(Suppl 2):S310-21.
11. Morisky DE, Green LW, Levine. Concurrent and predictive validity of a self-report measure of medication adherence. *Med Care* 1986; 24(1)67-64.
12. Delgado AB, Lima ML. Contributo para validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psico Saúde e Doença* 2001; 2(2):81-100.
13. Silva JAG. *Fatores associados á não adesão aos antirretrovirais entre pessoas com HIV/AIDS no Estado da Bahia* [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2011.
14. Ministério da Saúde. *Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: coletânea de estudos do Projeto ATAR*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
15. Santos, MO. *Avaliação da adesão à terapêutica medicamentosa em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico atendidos em hospital universitário na cidade do Rio de Janeiro, Brasil*. [dissertação] Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz – Ministério da Saúde, 2009.

16. Felix G, Ceolim MF. O perfil da mulher portadora de HIV/AIDS e sua adesão à terapêutica antirretroviral. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(4):884-91.
17. Vervoort SCJM, Borleffa JCC, Andy IM, Hoepelmana AIM, Gryndonckb MHF. Adherence in antirretroviral therapy: a review of qualitative studies. *AIDS* 2007; 21:271-281.
18. Garvier PA, Lawford J, Flynn PM, Gaur AH, Belzer M, McSherry GD, *et al.* Development of a directly observed therapy adherence intervention for adolescents with human immunodeficiency virus-1: application of focus group methodology to inform design, feasibility, and acceptability. *J Adolescent Health* 2009; 44(2):124-132.
19. Rodrigues-Neto JF, Lima LS. Perfil de adultos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em ambulatório de referência em doenças sexualmente transmissíveis no norte de Minas Gerais. *Rev Med Minas Gerais* 2010; 20(1):22-29.
20. Carvalho FS, Aires DLS, Fernandes SZ, Azevedo CMPS, Corrêa RGCF, Aquino DMC, Caldas AJM. Perfil epidemiológico dos indivíduos HIV positivo e coinfeção HIV-Leishmania em um serviço de referência em São Luís – MA, Brasil. *Rev C S Col* 2013; 18(5):1305-12.
21. Lazzarotto AR, Kramer AS, Hadrich M, Tonin M, Caputo P, Sprinz E. O conhecimento de HIV/AIDS na Terceira idade : estudo epidemiológico no Vales dos Sinos. Rio Grande do Sul. *Rev C S Col* 2008; 13(6):1833-40.
22. Araújo VLB, Brito DMS, Gimenez MT, Queiroz TA, Tavares CM. Características da AIDS na terceira idade em hospital de referência do Estado do Ceará , Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2007; 10(4):544-54.

23. Carvalho C, Hamann EM, Matsushita R. Determinantes da adesão ao tratamento antirretroviral em Brasília, DF: um estudo de caso – controle. *Rev Soc Bras Med Trop* 2007; 40(5):555-65.
24. Seidl, EMF, Melchíades A, Farias V, Brito A. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento antirretroviral. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(10): 2305-16.
25. Morillo Verdugo R, Fernandez Lison LC, Huertas Fernandez MJ, Martin Conde MT, roldan Morales JC, Ruano campos R, Serrano Lopez de Las Hazas JI, Ibarra Barruetah O, y Illaro Uranga A. Papel del farmacêutico de hospital en la prevención, identificación y manejo de los efectos adversos asociados al tratamiento antirretroviral. *Farm Hosp* 2010; 34(5):237-50.
26. Ribeiro FA, Tupinambás U, Fonseca MO, Greco DB. Durability of the first combined antirretroviral regimen in patients with AIDS at a reference center in Belo Horizonte, Brazil, from 1996 to 2005. *Braz J Infect Dis* 2012;16(1):27-33.
27. Bode H, Lenzner I, Kraemer OH, Kroesen AJ, Bendfeldt D, Schulzke JD. The HIV protease inhibitors saquinavir, ritonavir and nelfinavir induce apoptosis and decrease barrier function in human intestinal epithelial cells. *Antivir Ther* 2005; 10:645-55.
28. Organização Mundial da Saúde. *Guia para a boa prescrição médica*. Porto Alegre: editora Artmed;1998.
29. Arrais, PSD; Barreto ML; Coelho HLL. Processos de prescrição e dispensação de medicamentos e percepção do paciente. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(4):927-37.

30. Mastroianni PC, Luccheta RC, Sarra JR, Galduróz JCF. Estoque doméstico de medicamentos e uso de medicamentos em uma população cadastrada na estratégia saúde da família no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2011; 29(5):358-64.
31. Araújo PTB, Uchoa SAC. Avaliação da qualidade da prescrição de medicamentos de um hospital de ensino. *Rev C S Col* 2011; 16(Supl.1):1107-14.
32. Mastroianni PC. Análise dos aspectos legais das prescrições de medicamentos. *Rev Cienc Farm Básica Apl* 2009; 30(2):45-8.

Tabela 1 - Características sociodemográficas de pessoas vivendo com HIV/AIDS assistidas em um centro de referência, Belo Horizonte (MG), 2011/2012

Variável	(n)	(%)
Gênero		
Masculino	231	75,0
Feminino	77	25,0
Estado Civil		
Solteiro	136	44,2
Casado/União Estável	101	32,8
Separado/Divorciado	41	13,3
Viúvo	30	9,7
Etnia/Cor da pele		
Parda	161	52,3
Branca	75	24,4
Preta	61	19,8
Amarela	11	3,6
Escolaridade		
Sem escolaridade	52	16,9
< 8 anos	70	22,7
8 a 11 anos	131	42,5
> 11 anos	55	17,9
Idade (anos)		
< 40	85	27,6
40 – 59	204	66,2
≥ 60	19	6,2
Renda Familiar (salários mínimos)*		
≤ 2,0	140	45,5
2,1 – 5,0	129	41,9
> 5,0	39	12,7
Número de Pessoas no mesmo domicílio		
< 3	177	57,5
≥ 3	131	42,5
Atividade Renumerada		
Sim	176	57,1
Não	51	16,6
Aposentado	81	26,3
Apoio Familiar		
Sim	50	16,23
Não	258	83,77

(*)Salário mínimo vigente: 2011- R\$ 545,00 e 2012- R\$622,00

Tabela 2 - Taxas de respostas positivas aos itens da *Escala Morisky* para avaliação de adesão aos antirretrovirais entre pessoas vivendo com HIV/AIDS assistidas em um centro de referência, Belo Horizonte (MG), 2011/2012.

Perguntas da <i>Morisky Medication Adherence Scale</i>	(n)	(%)	(IC 95%)
Esquece de tomar os medicamentos?	49	15,9	(12,0-20,5)
Costuma tomar seus medicamentos fora do horário?	133	43,2	(38,0-48,9)
Quando está se sentindo melhor, para de tomar seus medicamentos?	7	2,3	(0,9-4,6)
Se sente pior tomando seus medicamentos, para de tomá-los?	5	1,6	(0,5-3,7)
Resposta positiva a pelo menos uma das questões anteriores*	150	48,7	(45,2-53,6)

(*) Taxa global de não adesão

Tabela 3 - Associação (análise bivariada) entre variáveis sociodemográficas e não adesão aos antirretrovirais entre pessoas vivendo com HIV/AIDS assistidas em um centro de referência, Belo Horizonte (MG), 2011/2012.

Variáveis	Não Aderente		Aderente		p-valor	IC(95%)
Gênero					0,114	
Masculino	106	70,7	125	79,1		0,64(0,37;1,10)
Feminino	44	29,3	33	20,9		1,0
Estado Civil					0,939	
Solteiro/ Separado/Divorciado/Viúvo	101	67,3	106	67,1		1,01(0,61;1,67)
Casado/União estável	49	32,7	52	32,9		1,0
Etnia/Cor da pele					0,590	
Não branca	116	77,3	117	74,1		1,20(0,69;2,00)
Branca	34	22,7	41	25,9		1,0
Escolaridade					0,001	
Sem escolaridade	36	24,0	16	10,1		2,80(1,42;5,58)
Alfabetizado	114	76,0	142	89,9		1,0
Idade (anos)					0,978	
< 40	42	28,0	43	27,2		1,04(0,61;1,77)
≥ 40	108	72,0	115	72,8		1,0
Apoio Familiar					0,057	
Não	31	20,7	19	12,0		1,91(0,98;3,72)
Sim	119	79,3	139	88,0		1,0
Renda Familiar (salários mínimos)					0,057	
≤ 2,0	77	51,3	63	39,9		1,59(0,99;2,56)
> 2,0	73	48,7	95	60,1		1,0
Número de Pessoas no mesmo domicílio					0,945	
< 3	86	57,3	91	57,6		0,99(0,61;1,59)
≥ 3	64	42,7	67	42,4		1,0
Atividade Renumerada						
Não/Aposentado	71	47,3	61	38,6	0,152	1,43(0,89;2,31)
Sim	79	52,7	97	61,4		1,0

Tabela 4 - Associação (análise bivariada) entre variáveis relacionadas aos medicamentos e não adesão aos antirretrovirais entre pessoas vivendo com HIV/AIDS assistidas em um centro de referência, Belo Horizonte (MG), 2011/2012.

Variáveis	Não Aderente		Aderente		p-valor	IC(95%)
Quantidade de medicamentos em uso					0,878	
4 ou mais	16	10,7	15	9,5		1,14(0,51;2,54)
3 (esquema tríplice)	134	89,3	143	90,5		1,0
Esforço para seguimento do tratamento					0,994	
Muito	130	86,7	138	87,3		0,94(0,46;1,92)
Pouco/Nada	20	13,3	20	12,7		1,0
Informação sobre os medicamentos					0,495	
Bastante	72	48,0	83	52,5		0,83(0,52;1,34)
Pouco/ Nada	78	52,0	75	47,5		1,0
Benefício em usar os medicamentos					0,669	
Bastante	144	96,0	149	94,3		1,45(0,46;4,72)
Pouco/ Nada	6	4,0	9	5,7		1,0
Intensidade dos efeitos colaterais					0,047	
Muito	28	18,7	16	10,1		2,04(1,01;4,15)
Regular/ Nada	122	81,3	142	89,9		1,0
Estratégia para lembrar do medicamento					0,336	
Não	119	79,3	117	74,1		1,35(0,76;2,37)
Sim	31	20,7	41	25,9		1,0

Tabela 5 - Associação (análise bivariada) entre variáveis relacionadas ao serviço e equipe multidisciplinar de saúde e não adesão aos antirretrovirais entre pessoas vivendo com HIV/AIDS assistidas em um centro de referência, Belo Horizonte (MG), 2011/2012.

Variáveis	Não Aderente		Aderente		p-valor	IC(95%)
Avaliação da qualidade da equipe de saúde					0,936	
Negativa	12	8,0	12	7,6		1,06(0,13;2,62)
Positiva	138	92,0	146	92,4		1,0
Legibilidade da prescrição médica					0,023	
Não	57	38,0	40	25,3		1,81(1,08;3,03)
Sim	93	62,0	118	74,7		1,0
Avaliação da qualidade do atendimento médico					0,880	
Negativa	7	4,7	9	5,7		0,81(0,26;2,45)
Positiva	143	95,3	149	94,3		1,0
Principal informante sobre os medicamentos					0,991	
Médico	133	88,7	139	88,0		1,07(0,51;2,27)
Outros profissionais	17	11,3	19	12,0		1,0

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que a adesão ao tratamento farmacológico em PVHA é processo complexo e dinâmico e um desafio atual. Isto implica em repercussões no nível social, pessoal, familiar e também econômico, principalmente com a limitação de recursos e sustentabilidade da pandemia de HIV/aids.

É importante conhecer os fatores que podem influenciar a não adesão, pois desta forma torna-se mais fácil ultrapassar as barreiras. Não bastando apenas perceber, conhecer, mas compreender para a tomada de decisão a nível político, questões de acessibilidade aos medicamentos, tratamento e apoio social e a nível institucional cabendo a cada profissional de saúde, em sua área de governabilidade e conjuntamente, conhecer a origem do comportamento não aderente e incluir alterações no estilo de vida da PVHA.

O processo de adesão está também associado com a relação dos profissionais de saúde e o doente. É urgente o desafio de avaliar a adesão ao tratamento em PVHA de forma proveitosa, com uma linguagem clara, tratamento individualizado e personalizado de forma a trazer o esclarecimento e respeitando a capacidade cognitiva, as crenças e situação econômica do doente. Não existe um “modelo ideal” a ser seguido e padronizado, mas existem estratégias para cada circunstância, considerando o indivíduo, suas características, o serviço e os profissionais de saúde.

Avaliar a adesão ainda permanece com um desafio e um grande campo de investigação para quem trabalha com HIV/aids, pois deve levar em conta que medidas mais eficazes vão permitir o desenvolvimento de estratégias e intervenções mais efetivas. É, portanto, urgente que se pense no poder avassalador desta pandemia e o impacto que trouxe à humanidade.

Os resultados do presente estudo serão levados ao conhecimento dos gestores e da equipe de saúde do Hospital Eduardo de Menezes, possibilitando uma ampla discussão sobre reestruturação dos processos de trabalho, implementação da prescrição informatizada, inclusão da rede familiar e social do paciente em tratamento, articulação entre a equipe multiprofissional e educação continuada no sentido de propiciar a melhor atenção ao paciente e sua família e buscando propiciar melhor adesão à TARV.

4 REFERÊNCIAS

1. Nogueira IAL, Leão ABB, Bueno RR, Soares AQ, Carvalho RF. Estudos da dispensação de medicamentos antirretrovirais a pacientes infectados por HIV no serviço de farmácia do HC-UFG: primeiro passo na implantação da atenção farmacêutica. *Revista Eletrônica de Farmácia*, Vol. IV (1),104-112, 2007.
2. Bolhetim Mercosul: Boletim Epidemiológico da Comissão Intergovernamental de HIV/AIDS da Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. N.1, (2012). Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
3. Saldanha JS, Andrade CS, Beck ST. Grau de Adesão ao Tratamento com Antirretrovirais entre Indivíduos HIV Positivos Atendidos no Hospital. *Universitário de Santa Maria. Saúde*, Santa Maria, 2009, 35(1): 4-9.
4. Brasil, Ministério da Saúde. *Recomendações para terapia antiretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV*. Brasília; 2008.
5. World Health Organization. “Chronic conditions: the global burden” and “Chronic Diseases” Disponível em: <http://www.who.int/chroniconditions/burden/en/index.html>. Acesso em: 14 de outubro de 2010.
6. Alencar TMD, Nemes MIB, Velloso MA. Transformações da “aids aguda” para a “aids crônica”: percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e AIDS. *Rev. C S Col*, 13(6):1841-1849, 2008.
7. Freitas M C, Mendes MMR. Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. *Rev. Latino-am Enfermagem*, v. 15, n. 4, p. 590-597, 2007.
8. Teixeira RP, Vitória MA, Barcarolo J. Antiretroviral treatment in resource-poor settings: the Brazilian experience. *AIDS* 2004;18: S5-S7.
9. Melchior R, Nemes MIB, Alencar TMD, Buchalla CM. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2007;41.

10. Nemes MIB, Castanheira ERL, Santa Helena ET, Melchior R, Caraciolo JMM, Basso CR. Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em Aids no Brasil. Rev. Assoc. Med. Bras. 2009;55(2):207-12.
11. UNAIDS.(The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2012. World AIDS Day Report 2012 Jul, 2012. In: UNAIDS 2012 report on the global AIDS epidemic: July 2012. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2012.
12. Chen LF, Hoy J , Lewin SR. Ten years of HAART. MJA 2007; 186(3): 146-151.
13. Wu AW, Ammassari A, Antinori A. Adherence to antiretroviral therapy: where are we, and where do we go from here? J Acquir Immune Defic Syndr 2002; 31:95-7.
14. 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.
15. Ministério da Saúde Brasil. Aderência ao tratamento com anti-retrovirais em serviços públicos do Estado de São Paulo. Ministério da Saúde: Brasília. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/avalia1/home.html>>. Acesso em: maio de 2011.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Qual a origem da epidemia de HIV/AIDS? Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/livro/c101.html> >. Acesso em: 22 abril 2009.
17. Vermeire E, *et al.* Patient adherence to treatment: three decades of research - A comprehensive review. J. Clinic Pharm Ther, 26(5),331-342, 2001.
18. Santos, MO. Avaliação da adesão á terapêutica medicamentosa em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico atendidos em hospital universitário na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. [dissertação] Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz -Ministério da Saúde, 2009.

19. Vitória, M A de A. Conceito e recomendações básicas para melhorar a adesão ao tratamento anti-retroviral. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids.2008. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/15conceitosrebasicas>.
20. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: Evidence for (Suppl 2):S87-93.Action. Geneva: WHO; 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/chronicconditions/en/adherencereport.pdf>>. Acesso em: maio de 2011.
21. Silveira, MPT. Avaliação da efetividade da atenção farmacêutica sobre a adesão de pacientes HIV-positivos á terapia anti-retroviral [tese]. Rio Grande do Sul. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina, 2009.
22. Rocha GM, Machado CJ, Acúrcio FA, Guimarães MDC. Monitoramento da adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: um desafio urgente. Cad. Saúde Pública. vol.27 supl.1. Rio de Janeiro, 2011.
23. Gomes RRFM, Machado CJ, Acúrcio FA, Guimarães MDC. Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicador da não-adesão á terapia anti-retroviral em indivíduos infectados pelo HIV. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro,25(3):495-506, mar, 2009.
24. Polejack L, Seidl EMF. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/ aids: desafios e possibilidades. Rev.C S Col, 15(Supl.1):1201-1208, 2010.
25. Bonolo PF, Gomes RRFM, Guimarães MD. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/AIDS): fatores associados e medidas de adesão. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 16(4): 261-278,out-dez, 2007.
26. Morisky DE, Gree LW, Levine. Concurrent and predictive validity of a self-report measure of medication adherence. Med Care. 1986:24(1) 67-74.

27. Delgado AB, Lima ML. Contributo para validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psico Saúde e Doença*. 2001;2(2):81-100.
28. Simão, ARE. Adesão às prescrições/recomendações médicas por parte de idosos institucionalizadas e em centros de dia: um estudo exploratório. [dissertação]. Portugal: Universidade de Lisboa, 2009.
28. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev. Saúde Pública*, 2012;46(2) 279-89.
29. Amico K, Fisher W, Cornman D, Shuper, Redding C, Konkle-Parker D, Barta W, Fisher JD. Visual Analog Scale of ART adherence: association with 3-day self-reported and adherence barriers. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006;42(4):455-459.
30. Giordano T, Guzman D, Clark R, Charlebois E, Bagsberg D. Measuring adherence to antiretroviral therapy in a diverse population using a visual analogue scale (VAS). *HIV Clin Trials* 2004;5(2):74-779.
31. Rocha GM. Monitoramento da adesão ao tratamento Antirretroviral no Brasil : um estudo de caso. 2010. [dissertação] (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Federal de Minas Gerais; Belo Horizonte; 2010.
32. Zeller A, Schroecker K, Peters TJ. Electronic pillboxes (MEMS) to assess the relationship between medication adherence and blood pressure control in primary care. *Scand Prim Health Care*. 2007;25(4):202-7. DOI:10.1080/02813430701651954
33. Caraciolo JM de M, *et al.* Atividades para melhoria da adesão á TARV em serviços de saúde do SUS no estado de São Paulo, 2007. *Saúde Soc. São Paulo*, 2010.
34. Carvalho CV, Merchan-Hamann E, Matsushita R. Determinantes da adesão ao tratamento anti-retroviral em Brasília, DF : um estudo caso-controle. *Rev. Soc. Bras. Med Trop.*, Uberaba, v.40, n.5, Oct, 2007.

35. Paterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, VergisEM, Squier C, Adherence to protease inhibitortherapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine* 2000; 133(1):21-30 therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine* 2000; 133(1):21-30.
36. Remor, Eduardo; Milner-Moskovics, Jenny; Preussler, Gisele. Adaptação brasileira do "Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral". *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 41, n. 5, Oct. 2007.
37. Melchior R, Nemes MIB, Alencar TMD, Buchalla CM. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2007;41(supl.2):87-93.
38. Guimarães MDC, *et al.* Fatores Associados à Adesão ao Tratamento Anti-retroviral (ARV) em Indivíduos Infectados pelo HIV/AIDS: Uma Abordagem Quantitativa e Qualitativa, Belo Horizonte (MG), 2001-2003 (Projeto ATAR). Belo Horizonte: Programa Nacional de DST/ AIDS;2003.
39. 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/ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais- Brasília: Ministério da Saúde,2010. 408 p:II (Série B. Textos Básicos de Saúde). ISBN 978-85-334-1702-1.
40. Remoldi FA. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo e fatores associados: estudo de base populacional. [dissertação]. Paraná: Universidade Estadual de Londrina, 2012.
41. Souza RAP. Qualidade de vida relacionada à saúde, controle glicêmico e seus determinantes em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2008.

42. Melchior AC. Hipertensão Arterial: Análise dos fatores relacionados com o controle pressórico e a qualidade de vida. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2008.
43. Santos FS, Oliveira KR, Colet CF. Adesão ao tratamento medicamentoso pelos portadores de diabetes mellitus atendidos em uma Unidade Básica de Saúde no Município de Ijuí/RS: um estudo exploratório. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básicas Aplicadas*. v.32, n.3, p.223-227, 2010.
44. Frölich S, Vigo A, Mengue SS. Association between the morisky medication adherence scale and medication complexity and patient prescription knowledge in primary health care. *Latin American Journal of Pharmacy*. v.30, n.7, p.1348-1354, 2011.
45. Nemes MI, Carvalho HB, Souza MF. Antiretroviral therapy adherence in Brazil. *AIDS* 2004; 18 (Suppl 3): S15-20. DOI: 10.1097/01.aids.0000131315.44902.59.
46. Silva ALCN da, Waidman MAP; Marcon SS. Adesão e não-adesão à terapia anti-retroviral: as duas faces de uma mesma vivência. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 62, n. 2, Apr. 2009.
47. Morillo Verdugo R, Fernandez Lison LC, Huertas Fernandez MJ, Martin Conde MT, Roldan Morales JC, Ruano Camps R, Serrano Lopez De Las Hazas JI, Ibarra Barruetah O, y Illaro Uranga A. Papel del farmacéutico de hospital en la prevención, identificación y manejo de los efectos adversos asociados al tratamiento antiretroviral. *Farm. Hosp.* 2010;34(5):237-250.
48. Ribeiro FA, Tupinambás U, Fonseca MO, Grecco DB. Durability of the first combined antiretroviral regimen in patients with AIDS at a reference center in Belo Horizonte, Brazil, from 1996 to 2005. *Braz J Infect Dis*.2012;16(1)27-33.

49. Martin MT, Del Cacho E, López E. Reacciones adversas del tratamiento antiretroviral: relación entre los síntomas percibidos y cumplimiento terapéutico. *Med Clin (Barc)*. 2007; 129: 127-33

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO EM PACIENTES HIV/AIDS

NOME :.....
ENDEREÇO.....
No.....Apto.....
BAIRRO:..... CIDADE :.....
ESTADO:.....CEP:.....
TELEFONE :DDD (.....)

Os medicamentos para tratamento do HIV devem ser tomados todos os dias. Para que o tratamento dê bons resultados, é necessário que o médico e os profissionais do serviço de saúde saibam as dificuldades que pessoas têm para tomar diariamente os remédios. Deste modo, eles podem, junto como paciente encontrar jeitos para contornar essas dificuldades. Para isto, é necessário que os serviços de saúde possuam modos simples e rápidos de conhecer quem esta tomando os medicamentos.

A unidade de Farmácia do HEM em colaboração com Unimontes, está fazendo este estudo que tem por finalidade conhecer a taxa de prevalência da adesão ao tratamento antiretroviral do HIV/AIDS em pessoas em tratamento no Hospital Eduardo de Menezes.

Neste momento, estamos convidando você para responder uma entrevista por meio de um questionário, que dura mais ou menos 30 minutos. Na entrevista perguntaremos sobre o uso de seus remédios para o vírus, hábitos de vida, condições sociais e econômicas, uso de remédios controlados e outras drogas, uso de álcool, tempo de HIV, tempo e características do seu tratamento.

Sua participação é muito importante, pois o questionário será testado com outras pessoas em tratamento. Se você acha que isto não vai atrapalhar sua rotina aqui no serviço de modo nenhum, então você pode participar. Caso concorde em participar, seu nome será registrado apenas neste termo de consentimento, que ficará de posse do Coordenador da pesquisa que está legalmente proibido de divulgá-lo.

Tenha certeza que não será possível vincular qualquer resposta a sua pessoa. Você não receberá qualquer tipo de compensação financeira para responder às perguntas.

Estas respostas, de nenhum modo, prejudicarão o seu atendimento ou fornecimento dos remédios que você tem direito de receber, aqui ou em qualquer outro serviço de saúde. Você também poderá interromper sua participação no momento que desejar, sem nenhum problema.

Se você tiver dúvidas sobre esta pesquisa ou sobre sua participação, sinta-se á vontade para perguntar agora ou em qualquer momento. Você também pode entrar em contato com o coordenador da pesquisa:

Dirce Inês da Silva

Unidade de Farmácia do Hospital Eduardo de Menezes – Avenida Dr. Cristiano Resende, 2213-Bairro: Bonsucesso –CEP:30622-020 TEL :(31)3328-5050 ou (31) 99411770
Email:dirceines@gmail.com

Comitê de Ética do Hospital Eduardo de Menezes: Avenida Dr. . Cristiano Rezende, 2213 Bonsucesso: CEP: 30622-020 - Belo Horizonte - TEL: (31)33285045– FAX: (31) 33285006
E-mail: hem.nep@fhemig.mg.gov.br

Caso você queira participar e esteja de acordo com estes termos, por favor pedimos que consinta, assinando este termo.

CONSENTIMENTO PÓS ESCLARECIDO

Declaro que , após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa.

Data :/...../.....

Assinatura do entrevistado

Os responsáveis pela pesquisa assinam o seguinte termo de compromisso com você.

TERMO DE COMPROMISSO

O coordenador da pesquisa e todos os demais pesquisadores comprometem-se a conduzir todas as atividades deste pesquisa de acordo com os termos do presente Consentimento .

Data :/...../.....

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B



Adesão ao Tratamento Farmacológico em Pacientes HIV/AIDS

QUESTIONÁRIO

INICIAIS: _____ N° ID: _____

Data da entrevista: ____/____/20____ N° PRONTUÁRIO: _____

1- Qual(is) o(s) nome(s) dos remédios que o(a) Sr(a) está tomando? O(a) Sr(a) pode incluir também outros remédios que o(a) Sr(a) costuma tomar como cápsulas de ervas, vitaminas, chás (citar outros medicamentos comuns de automedicação e assinalar o tipo da automedicação) Anotar o nome dos medicamentos PERGUNTAR somente para os medicamentos:

2. Em que hora do dia a Sr(a) costuma tomar este remédio? Assinalar o horário abaixo

3. Quantos comprimidos por vez a Sr(a) costuma tomar deste remédio? Anotar o número de vezes

Anotar as respostas do paciente relativas às questões de nº. 1 a 3

1 – Nome do Medicamento	2 Freq/ adm 3 Dose Horário			Dose – No. Comprimidos por vez
	M	T	N	
1-				
2-				
3-				
4-				
5-				
6-				
7-				
8-				
9-				
10-				
11-				

4- Auto medicação: Chás (1) Cápsulas de ervas (3) Polivitamínicos (5) Antiácidos (7) Analgésicos (9) Outros (2) Não usa (0)

5. Como o Sr(a) faz para adquirir seus remédios ?

Compra (1) Adquiri pelo SUS (2) Compra e adquiri pelo SUS (3) Outros (5)

6 – O (a) Sr (a) NOME, recorda se nos últimos 7 dias, a Sr(a) teve alguma dificuldade em tomar seus remédios? Qualquer tipo de dificuldade. As dificuldades ao qual me refiro são, por exemplo: esqueceu, não conseguiu no posto de saúde, não conseguiu comprar, não estava em casa, não entendeu a letra do médico, não soube como tomar, teve medo que os remédios fizessem mal, estava se sentindo bem, ou estava se sentindo mal, o médico não explicou como tomava, tomou menos comprimidos para durar mais, ou simplesmente o(a) Sr(a) achou melhor não tomar seus remédios.

Sim (1) Não (0) Não lembra (3)

Se a resposta for NÃO ou NÃO LEMBRA seguir para a pergunta nº 9

7- Qual foi a dificuldade que o (a) Sr (a) teve que impediu o Sr (a) de tomar seus remédios?

Esqueceu (11) Não conseguiu pelo SUS (22) Não conseguiu comprar(33)
 Não entendeu a letra do médico (44) Não sabia como tomar (55) O médico não explicou como tomava (66) Para durar mais (77) Teve medo que os remédios fizessem mal (88) Estava se sentindo bem (99) Estava se sentindo mal (00) Viajou ou não estava em casa (19) outros (93).

8- O (a) Sr(a) já sentiu alguma reação desagradável tomando algum destes remédios? Sim (1) Não (0) Não lembra (3)

Se a resposta for NÃO ou NÃO LEMBRA seguir para a pergunta nº 13

9- Qual foi o medicamento que causou esta reação desagradável?

Sabe (1) Medicamento nome(s) _____
Não sabe (0)

10- Quando o (a) Sr(a) se sentiu mal tomando seus remédio(s) qual foi sua atitude?

Continuou tomando o remédio (1) Parou de tomar o remédio (2)
 Continuou tomando o remédio e tomou outro remédio para melhorar os sintomas (3) Tomou menos comprimido (4) Tomou mais comprimido (5)

11- O (a) Sr(a) se esquece de tomar os seus remédios?

Sempre (1) Quase sempre (2) Com frequência (3) Às vezes (4)
 Raramente (5) Nunca (6)

12- O (a) Sr (a) costuma tomar seus remédios fora do horário?

Sempre (1) Quase sempre (2) Com frequência (3) Às vezes (4)
Raramente (5) Nunca (6)

13 Quando o(a) Sr(a) está se sentindo melhor, a Sr(a) pára de tomar seus remédios? Sempre (1) Quase sempre (2) Com frequência (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca (6)

14-Às vezes, se o(a) Sr(a) se sente pior tomando seus remédios, o(a) Sr(a) para de tomá-los?

Sempre (1) Quase sempre (2) Com frequência (3) Às vezes (4)
Raramente (5) Nunca (6)

15-Alguma vez o (a) Sr(a) tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre (1) Quase sempre (2) Com frequência (3) Às vezes (4)
Raramente (5) Nunca (6)

16-Alguma vez interrompeu o tratamento para a sua doença por que seus remédios acabaram?- Sempre (1) Quase sempre (2) Com frequência (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca (6)

<p>17- Os remédios que o(a) Sr(a) está tomando estão melhorando sua saúde? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (0)</p>
<p>Sr(a) (nome) nós gostaríamos de saber um pouco sobre a sua saúde</p>
<p>CONHECIMENTO DO PACIENTE COM RELAÇÃO AO ESTADO DE SAÚDE E DA DOENÇA</p>
<p>18- Quando o(a) Sr(a) começou a sentir os sintomas da Aids ? Se o(a) Sr(a) não souber com certeza, indique a data mais próxima que puder se lembrar. _____ / _____ (mm) / (aaaa)</p>
<p>19- Tempo de Diagnóstico () 1 a 5 anos () 6 a 10 anos () 11 a 15 anos () mais de 16 anos</p>
<p>20. O(a) Sr(a) já foi internado alguma vez devido ao HIV/AIDS? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (0) <input type="checkbox"/> Não lembra (3) Se a resposta for NÃO ou NÃO LEMBRA, seguir para a questão nº 23</p>
<p>21. Quantas vezes? _____ <input type="checkbox"/></p>
<p>22. - Aonde o (a) Sr(a) foi internado? <input type="checkbox"/> HEM (1) <input type="checkbox"/> Em outro hospital (3) <input type="checkbox"/> HEM e em outro hospital (5) <input type="checkbox"/> Não lembra (7)</p>
<p>23- De um modo geral, em comparação a pessoas da sua idade, como o(a) Sr(a) considera o seu próprio estado de saúde ? <input type="checkbox"/> Muito bom (7) <input type="checkbox"/> Bom (5) <input type="checkbox"/> Regular (3) <input type="checkbox"/> Ruim (1) <input type="checkbox"/> Péssimo (0)</p>
<p>24. A AIDS é doença para toda a vida o (a) Sr(a) (citar o nome do paciente)? Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (0) <input type="checkbox"/> Não sabe (3)</p>
<p>25- É possível controlar o HIV/AIDS com hábitos saudáveis e mudanças nos hábitos de vida? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Não (0) Não sabe (3)</p>
<p>26- O(a) Sr(a) participa de algum grupo de apoio ou associação de pacientes com AIDS? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (0)</p>
<p>27- O(a) Sr(a) (nome), se o(a) Sr(a) ficar doente, a Sr(a) pode contar com alguém que lhe ajude nas tarefas do dia a dia, lhe dê os remédios ou lhe traga ao médico ? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (0)</p>
<p>DADOS SOBRE O ATENDIMENTO OFERECIDO PELA INSTITUIÇÃO</p>
<p>28. O (a) Sr(a) já deixou de vir a sua consulta marcada aqui no ambulatório? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (0) Se a resposta for NÃO ou NÃO LEMBRA, seguir para a questão nº 33</p>
<p>29. Qual foi o motivo que fez o (a) Sr(a) faltar a consulta? <input type="checkbox"/> Não quis vir (00) <input type="checkbox"/> Esqueceu (01) <input type="checkbox"/> Estava se sentindo bem (02) <input type="checkbox"/> Estava se sentindo mal (03) <input type="checkbox"/> Não teve dinheiro para o transporte (04) <input type="checkbox"/> Tinha outro compromisso (05) <input type="checkbox"/> Não podia vir só (06) <input type="checkbox"/> Foi na data/hora errada (07) <input type="checkbox"/> Não respondeu (08) <input type="checkbox"/> Os exames não ficaram prontos (09) <input type="checkbox"/> Outros: _____</p>

<p>30. Como o (a) Sr(a) avalia o atendimento recebido neste ambulatório? Estou me referindo ao ambulatório como um todo: as secretárias, as instalações, o acesso, os consultórios etc. <input type="checkbox"/> Muito bom (7) <input type="checkbox"/> Bom (5) <input type="checkbox"/> Regular (3) <input type="checkbox"/> Ruim (1) <input type="checkbox"/> Péssimo (0)</p>
<p>31. Se um parente seu também tivesse HIV/AIDS, o(a) Sr(a) recomendaria este ambulatório para ele? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (0)</p>
<p>32. O médico que passou os remédios para o(a) Sr(a) explicou como se tomava os remédios? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (0)</p>
<p>33. O(a) Sr/Sr^a consegue entender a letra do Dr/Dr^a (incluir o nome do médico assistente)? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (0)</p>
<p>34. Como o(a) Sr(a) avalia a sua consulta do seu médico? Ela é... <input type="checkbox"/> Muito boa (7) <input type="checkbox"/> Boa (5) <input type="checkbox"/> Regular (3) <input type="checkbox"/> Ruim (1) <input type="checkbox"/> Péssima (0)</p>
<p>35. O(a) Sr(a) recomendaria o(a) médico(a) que lhe atende para um parente seu que tivesse HIV/ AIDS <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (0)</p>
<p>36-Como o(a) Sr(a) avalia o atendimento da unidade de Farmácia como um todo: os atendentes , as instalações, o acesso, o farmacêutico etc. <input type="checkbox"/> Muito bom (7) <input type="checkbox"/> Bom (5) <input type="checkbox"/> Regular (3) <input type="checkbox"/> Ruim (1) <input type="checkbox"/> Péssimo (0)</p>
<p>37-O(a) Sr(a) gostaria de ter um farmacêutico para orientação e dúvidas sobre os medicamentos ? <input type="checkbox"/> Sim (1) <input type="checkbox"/> Não (0)</p>
<p style="text-align: center;">DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS</p>
<p>38. Data de nascimento: ____/____/____ DEMO1</p>
<p>39. Atualmente o (a) Sr(a) é <input type="checkbox"/> casada (1) <input type="checkbox"/> vive em união(2) separado(a) ou divorciado(a) (3) <input type="checkbox"/> viúvo(a) <input type="checkbox"/> solteiro(a) (7)</p>
<p>1. O Censo Brasileiro (IBGE) usa os termos: negra, parda, branca, amarela e indígena para classificar a cor ou a raça das pessoas. Se a Sr(a) tivesse que responder ao censo do IBGE hoje como a Sr(a) se classificaria a respeito de sua cor ou raça? <input type="checkbox"/> Negra (1) <input type="checkbox"/> Parda (3) <input type="checkbox"/> Branca (5) <input type="checkbox"/> Amarela (7) <input type="checkbox"/> Indígena (9)[]</p>
<p>41. Até que ano o (a) Sr(a) estudou na escola?<input type="checkbox"/> Analfabeto ou ensino fundamental incompleto (antigo primário) (0) <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo (1) <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto (2) <input type="checkbox"/> Ensino médio completo (3) <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto (4) <input type="checkbox"/> Universitário completo (5) <input type="checkbox"/> Universitário incompleto (6) <input type="checkbox"/> Não sabe/ não respondeu (7)</p>
<p>42. O(a) Sr(a) está trabalhando atualmente?<input type="checkbox"/> Sim (1) Não (0) <input type="checkbox"/> Aposentado (3) Se a resposta for SIM seguir para a questão nº43[]</p>
<p>43. No mês passado, qual foi aproximadamente sua renda familiar líquida, isto é, a soma de rendimentos, já com os descontos, de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas de sua casa? (anotar exatamente o quê o paciente disse)R\$ _____</p>
<p>44. Quantas Pessoas(adultos e crianças) incluindo o Sr(a) dependem dessa renda para viver ? (anotar exatamente o quê o paciente disse)</p>
<p>45. Você consegue administrar seus medicamentos : () Sim () Não</p>
<p>46. Quem administra o medicamento : () paciente () Cuidador () Equipe do PSF () Equipe do ADT () Enfermeira do Posto de Saúde () Vizinho () outros _____</p>
<p>47. Se alguma vez sentiu-se melhor , deixou de tomar sua medicação ? () Sempre () mais da metade das vezes () aproximadamente metade das vezes () alguma vez</p>

48. Se alguma vez depois de tomar sua medicação sentiu-se pior, deixou de tomá-la ? () Sempre () mais da metade das vezes () aproximadamente metade das vezes () alguma vez
49. Se alguma vez se sentiu triste ou deprimido deixou de tomar sua medicação ? () Sempre () mais da metade das vezes () aproximadamente metade das vezes () alguma vez () nunca
50. Como é a relação que mantém com seu médico ? () Ruim () um pouco ruim () Regular () Pode melhor () Boa () Ótima () Excelente
51. Quanto você se esforça para seguir o tratamento ? () Nada () Pouco () Regular () Bastante () Muito
52. Quanta informação você tem sobre os medicamentos que toma para esta doença ? () Nada () Pouco () Regular () Bastante () Muito
53. Quanto benefício pode lhe trazer o uso destes medicamentos ? () Nada () Pouco () Regular () Bastante () Muito
54. Você considera que sua saúde melhorou desde que começou a tomar os medicamentos para o HIV ? () Nada () Pouco () Regular () Bastante () Muito
55. Até que ponto sente-se capaz de seguir seu tratamento ? () Não nunca () Sim, alguma vez () Sim, aproximadamente a metade das vezes () Sempre
56. Quando os resultados dos exames são bons, seu médico(a) costuma utilizá-los para lhe ânimo no tratamento ? () Não, nunca () Sim, alguma vez () Sim, aproximadamente a metade das vezes () Sim, muitas vezes () Sempre .
57. Como sente-se em geral com o tratamento desde que começou a tomar seus remédios ? () Muito bem () Regular () Péssimo () Excelente () Muito
58. Como avalia a intensidade dos efeitos colaterais relacionados com uso dos medicamentos antiretrovirais em uso ? () Nada () Pouco () Regular () Bastante () Muito
59. Que avaliação tem de si mesmo com relação á tomada de remédios antiretrovirais ? () Cumpridor () Muito Cumpridor
60. Quanta dificuldade tem para toma a medicação ? () Muita dificuldade () Bastante dificuldade
61. Utiliza alguma estratégia para lembrar-se de tomar a medicação ? () Sim () Não Qual ?
62. Abandono de tratamento : () Sim () Não () Parou por um tempo – quanto tempo : _____ () Não sabe
63. Número de interrupções do tratamento : variável numérica () não interrompeu () Não se lembra
64. Como você faz quando precisa de alguma informação sobre interação de medicamentos ou outras dúvidas ? () Procura o médico () farmacêutico () enfermeiro () outros : _____
AGRADECER A PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA
OBSERVAÇÕES : _____ _____ _____

APÊNDICE C

Ficha de coleta de dados de prontuário, Farmácia e Anamese Farmacológica

Adesão ao Tratamento Farmacológico em Pacientes HIV/AIDS e Atenção Farmacêutica

NOME _____

INICIAIS: _____ N° ID: _____

DATA: ___/___/20__ N° PRONTUÁRIO: _____

TRANSCRIÇÃO DO RECEITUÁRIO MÉDICO / PRESCRIÇÃO

Med 1
Med 2
Med 3
Med 4
Med 5
Med 6
Med 7
Med 8
Med 9
Med 10

Número de medicamentos prescritos

NMED[

ANEXO – PARECER CONSUBSTANCIADO

PARECER CONSUBSTANCIADO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

TÍTULO: ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO EM PACIENTES HIV/AIDS

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Dirce Inês da Silva

ORIENTADOR DO PROJETO: Professor Doutor Antônio Prates Caldeira

LOCAL DE REALIZAÇÃO: Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Hospital Eduardo de Menezes.

POPULAÇÃO ALVO: Pessoas vivendo com HIV/AIDS em tratamento no ambulatório do Hospital Eduardo de Menezes com pelo menos seis meses de acompanhamento.

OBJETIVOS DO PROJETO:

O **Objetivo Geral** deste trabalho é mensurar a prevalência de adesão ao tratamento antiretroviral em pessoas em seguimento no Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar de Minas Gerais. São objetivos específicos:

- Caracterizar o perfil socioeconômico, a síndrome de imunodeficiência e o tratamento dos pacientes, além do atendimento oferecido pela instituição de saúde;
- Mensurar o nível de informação dos pacientes sobre o tratamento antiretroviral;
- Analisar a associação entre a adesão ao tratamento antiretroviral e os fatores socioeconômicos e demográficos.

RESUMO DO PROJETO:

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) provocada pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) representa atualmente um importante problema de saúde pública. Os avanços alcançados no conhecimento da infecção, da biologia molecular, engenharia genética e a biotecnologia refletiram em uma evolução tecnológica no tratamento antiretroviral resultando em mudanças no prognóstico, na qualidade de vida e no manejo de pacientes infectados pelo HIV. O Brasil vem se destacando no cenário internacional pela defesa e aplicação de ações de controle universal da infecção HIV/AIDS. Dentre essas ações temos o acesso à terapia antiretroviral altamente ativa (HAART), tanto para adultos como para crianças, definida pelo consenso nacional de terapia. Sabe-se hoje que a utilização da HAART a partir de 1996 determinou uma importante redução da morbi-mortalidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS e melhoria na qualidade de vida e prevenção na progressão da doença.

A não-adesão ao tratamento farmacológico prejudica o alcance de resultados terapêuticos, no retardo da progressão da AIDS e ameaça a efetividade clínica do tratamento, e pode contribuir para o aumento das taxas de transmissão bem como para a disseminação de vírus resistentes. Não temos disponível atualmente estimativas atuais sobre a prevalência e os fatores associados à adesão de cada serviço e nem no país e nem instrumentos validados que possibilitem o monitoramento

da adesão e facilitem a padronização de pesquisas operacionais e a avaliação das atividades para melhoria da adesão.

O objetivo do presente estudo será mensurar a prevalência de adesão ao tratamento farmacológico e avaliar os motivos apontados pelos pacientes para o comportamento não aderente.

METODOLOGIA:

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal que analisará a prevalência de adesão dos pacientes atendidos no ambulatório do hospital Eduardo de Menezes (HEM) da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais em uso contínuo de antiretrovirais. A adesão será mensurada através do método de auto – relato em uma entrevista com questionário, dados oriundos do prontuário médico e de registros da unidade de Farmácia.

CRONOGRAMA: Readequar para o período da pesquisa.

ORÇAMENTO: Não haverá encargos financeiros com a pesquisa.

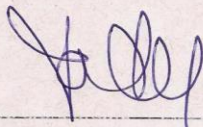
ANÁLISE ESTATÍSTICA: Os dados serão analisados utilizando-se o software SPSS[®] 18.0 para Windows (Statistical Package for Social Science - SPSS Inc, Chicago, USA) para a tabulação dos dados e elaboração de tabelas.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS: O projeto encontra-se em conformidade com as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e respeitados todos os direitos dos pacientes ao anonimato e autonomia.

PARECER: O projeto de pesquisa é de suma importância para a saúde pública, tendo como objetivo mensurar a prevalência de adesão ao tratamento antiretroviral dos pacientes do Hospital Eduardo de Menezes tendo em vista que trará uma melhor compreensão das barreiras ao uso racional da Terapia Antiretroviral (TARV) e visará a implementação de novas estratégias de intervenção no serviço na Farmácia por meio da implantação de um projeto de Atenção Farmacêutica, com vistas ao enfrentamento do problema. Proponho APROVAÇÃO, devendo:

1. Apresentar novo cronograma.

Belo Horizonte, 13 de julho de 2011



Assinatura do Presidente do CEPE HEM – Jader Bernardo Camponizzi