

MÁRCIA REGINA CARDEAL GUTIERREZ SALDANHA

**ADESÃO AO TRATAMENTO COM MEDICAMENTOS
ANTIRRETROVIRAIS PELOS PACIENTES ATENDIDOS NO CENTRO
DE DOENÇAS INFECTO-PARASITÁRIAS DO BAIRRO NOVA BAHIA
EM CAMPO GRANDE – MS**

CAMPO GRANDE
2009

MÁRCIA REGINA CARDEAL GUTIERREZ SALDANHA

**ADESÃO AO TRATAMENTO COM MEDICAMENTOS
ANTIRRETROVIRAIS PELOS PACIENTES ATENDIDOS NO CENTRO
DE DOENÇAS INFECTO-PARASITÁRIAS DO BAIRRO NOVA BAHIA
EM CAMPO GRANDE – MS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Rivaldo Venâncio da Cunha

CAMPO GRANDE
2009

Ficha catalográfica elaborada pela
Coordenadoria de Biblioteca Central/UFMS

S162a Saldanha, Márcia Regina Cardeal Gutierrez.
Adesão ao tratamento com medicamentos antirretrovirais pelos pacientes atendidos no Centro de Doenças Infecto-parasitárias do Bairro Nova Bahia em Campo Grande, MS / Márcia Regina Cardeal Gutierrez Saldanha. – Campo Grande, MS, 2009.

71 f. ; 30 cm.

Orientador: Rivaldo Venâncio da Cunha.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

1. AIDS (Doença). 2. Medicamentos - Utilização. 3. Agentes antivirais.
I. Cunha, Rivaldo Venâncio da. II. Título.

CDD (22) – 616.9792

FOLHA DE APROVAÇÃO

MÁRCIA REGINA CARDEAL GUTIERREZ SALDANHA

ADESÃO AO TRATAMENTO COM MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRAIS PELOS PACIENTES ATENDIDOS NO CENTRO DE DOENÇAS INFECTO- PARASITÁRIAS DO BAIRRO NOVA BAHIA EM CAMPO GRANDE – MS

Dissertação apresentada a Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Resultado Aprovada

Campo Grande (MS), 26 de março de 2009

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rivaldo Venâncio da Cunha

Instituição Universidade Federal de Mato Grosso de Sul

Prof. Dr^a. Maria Tereza Duenhas Monreal

Instituição Universidade Federal de Mato Grosso de Sul

Prof. Dr^a. Maria de Lourdes Oshiro

Instituição Secretaria de Estado de Saúde de MS

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, em especial aos meus pais;
Um carinho especial para meu marido Aramis, que sempre respeitou meus ideais, e aos meus
filhos que muitas vezes tiveram que dividir a mãe com o trabalho.

AGRADECIMENTOS

- Primeiro a **Deus**;
- Ao meu orientador **Professor Dr. Rivaldo** pelo apoio na construção de novos saberes e pela motivação e presença sempre constantes;
- A **minha família**;
- Ao **Programa de Pós-graduação Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-oeste**, através de seus professores e funcionários, que possibilitaram a realização de um grande sonho, a concretização de um grande projeto;
- Aos **Professores Dr. Paulo Haidamus, Dr^a Maria Tereza, Dr^a Elenir e Dr^a Lourdinha** pela atenção e carinho dispensados;
- Aos alunos do doutorado do Programa de Pós-graduação Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-oeste **Hamilton Domingos e Rodrigo Abdo** pela contribuição na qualificação deste estudo;
- A **Secretaria de Estado de Saúde/MS e a todos os colegas de trabalho da SES** que de alguma forma contribuíram para o desenvolvimento desse trabalho, em especial o Secretário Executivo da Secretaria de Estado de Saúde (Gestão 2002-2006) **Ronaldo** pela confiança e apoio e a **Angela Cristina** pelo incentivo e colaboração;
- Aos **alunos** do curso de Farmácia da UNIDERP, com os quais tive a oportunidade de compartilhar momentos ricos e de aprendizado mútuo: **Darlana, Fernanda, Melina, Arinaldo**;
- Aos **profissionais de saúde do CEDIP**, especialmente as farmacêuticas **Lucila e Maria**;
- Aos **amigos e colegas** pela companhia e troca de experiências.

***“O tempo não é a aparência
dos anos que se vão
e sim a eternidade dos
momentos que ficam.”***

Ruberval Cunha

RESUMO

SALDANHA MRCG. Adesão ao tratamento com medicamentos antirretrovirais pelos pacientes atendidos no Centro de Doenças Infecto-parasitárias do Bairro Nova Bahia em Campo Grande-MS. Campo Grande; 2008. [Dissertação - Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul].

Introdução - A adesão à prescrição médica constitui importante fator do sucesso terapêutico, porém inúmeros trabalhos mostram que é uma das maiores dificuldades no tratamento com antirretrovirais. **Objetivo** – Verificar, por meio de estudo transversal a adesão ao tratamento com medicamentos antirretrovirais prescritos aos portadores de HIV/AIDS em Campo Grande-M.S. **Métodos** - As informações foram obtidas de agosto de 2007 a dezembro de 2008 por meio de questionário aplicado a 252 pacientes usuários de antirretrovirais, escolhidos de forma aleatória, no momento em que os mesmos compareciam ao serviço do Centro de Especialidade Infecto-parasitária (CEDIP) para atendimento médico ou para retirar seus medicamentos antirretrovirais na farmácia. No referido questionário, os pacientes relatavam se haviam tomado e quanto haviam tomado dos medicamentos antirretrovirais prescritos nos três dias anteriores a entrevista. Após a aplicação dos questionários aos pacientes, eram coletadas nos registros da farmácia as datas em que os mesmos haviam comparecido para retirarem seus medicamentos antirretrovirais nos três meses anteriores à entrevista. Dados constantes nos prontuários médicos também foram coletados. **Resultados** – Aplicando o método do auto-relato sobre a ingestão dos medicamentos nos três últimos dias, foi observado que 21,5 % dos entrevistados não aderiram ao tratamento com os medicamentos antirretrovirais. Quando a não-adesão foi avaliada por meio dos registros de comparecimento mensal dos pacientes a farmácia para retirada dos seus medicamentos, observou-se que 43,7% da amostra foram considerados não-aderentes quanto à frequência. Dentre todos os entrevistados, apenas 51,2% foram considerados aderentes tanto na ingestão dos medicamentos quanto na frequência mensal a farmácia. Mas aplicando-se o teste Kappa que corrige a concordância ao acaso, esta porcentagem diminuiu para 30% de concordância, ou seja, os outros 70% ou foram considerados não-aderentes tanto na ingestão dos medicamentos quanto na frequência a farmácia ou foram considerados não-aderentes por um dos métodos aplicados. Quando foi confrontada a adesão com o sexo, foi verificado que as mulheres aderiram menos ao tratamento quando comparadas aos homens e que quanto maior a renda familiar, maior foi a adesão ao tratamento. Os números revelaram também que o fato de a pessoa possuir uma religião colaborava para melhorar a adesão ao tratamento. Os pacientes que possuíam dificuldades para comprar alimentos, que haviam sido internados várias vezes e que sentiam reações adversas ao tratamento, aderiram menos ao tratamento. **Conclusão** - A frequência de pacientes considerados não-aderentes por meio do auto-relato foi menor quando comparada à frequência de não-aderentes obtida aplicando-se o método de verificação dos registros de comparecimento mensal dos pacientes à farmácia. Comparando a frequência de pacientes não-aderentes obtida neste estudo utilizando-se o método do auto-relato com outros estudos que adotaram metodologia semelhante, concluímos que a adesão ao tratamento com medicamentos antirretrovirais é satisfatória. Porém, o mesmo não aconteceu com o resultado obtido por meio da análise do comparecimento mensal a farmácia, onde a frequência de não-aderentes ficou acima da média encontrada em outros estudos.

Palavras-chave: Adesão, Antirretrovirais, HIV.

ABSTRACT

SALDANHA MRCG. Adherence to antiretroviral medication treatment by patients attended at the infect parasitic illness center in Nova Bahia borough in Campo Grande-MS. Campo Grande; 2008. [Dissertation – Federal University of Mato Grosso do Sul Post Graduation in Health and Development Program for the Mid-West Region].

Introduction – Adhering to medical prescription represents an important factor for therapeutic success. However, several studies have shown it also represents a great difficulty when it comes to antiretroviral treatment. **Objective** - To evaluate through transversal study the adherence to antiretroviral medical prescription given to the carriers of HIV/AIDS in Campo Grande –MS. **Methods** - The information was gathered from August 2007 to December 2008 by designing a questionnaire filled by 252 patients chosen randomly and who were taking antiretroviral. The questionnaire was applied as soon as they came seeking for CEDIP (Centro de Especialidade Infecto Parasitaria) medical services such as: medical appointment, collect their antiretroviral prescription, among others. On the previously mentioned survey, patients reported if they had taken the antiretroviral medication prescribed and how much was take for the period of 3 days prior to the survey. After the questionnaire was filled in by the patients, the dates when they collected their antiretroviral medicine for the last 3 months before the interview were obtained from the pharmacy's records. Data held in medical charts was collected as well. **Results** – It was observed through self-report concerning the ingestion of the medication during the last 3 days that 21, 5% of patients interviewed didn't adhere to antiretroviral treatment. When non-adherent patients were evaluated according to the pharmacy's monthly attendance records for medication collection, it was noticed that 43,7% from the interviewees were considered non-adherent due to lack of frequency. Among all interviewees, only 51,2% were considered adherent for both taking the medication and monthly frequent visits to the pharmacy. Nevertheless, when conducting the Kappa test that corrects random concordance, this percentage fell by 30% of concordance, that is, the other 70% either were considered non-adherent for not taking the medication and lack of frequent visits to the pharmacy or by one of the methods applied. In this study when analyzed adherence in relation to gender, it was observed that women followed treatment less than men, and the higher family income is the greater was treatment adherence. It was a noticed that adherence to treatment would increase when people followed a religion. Weighing up the results, patients that had difficulty in buying food or were admitted many times to hospital and experienced adverse treatment reaction, would adhere less to the treatment. **Conclusion** – Frequency of patients considered non-adherent by self-report was smaller when compared to frequency of non-adherent obtained through monthly visit records to the pharmacy. Comparing the frequency of patients non-adherent obtained in this study through self-report to other studies that adopted similar methodology, it can be concluded that adherence to treatment with antiretroviral medication is satisfactory. However, the same didn't happen to the result derived from the analysis of monthly visits to the pharmacy, where the frequency of non-adherents was above average than those found in other studies.

Key words: Adherence, Antiretroviral, HIV

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição dos pacientes entrevistados, de acordo com as variáveis sócio-demográficas. Campo Grande, 2007-2008.....	36
Tabela 2 –	Distribuição dos pacientes entrevistados, de acordo com as variáveis sócio-econômicas. Campo Grande, 2007-2008.....	37
Tabela 3 –	Distribuição dos pacientes entrevistados conforme a situação funcional e classificação dos empregados de acordo com a atividade ocupacional desenvolvida. Campo Grande, 2007-2008.....	38
Tabela 4 –	Número de pacientes classificados conforme a adesão na ingestão dos medicamentos X adesão no comparecimento mensal na farmácia. Campo Grande, 2007-2008.....	39
Tabela 5 –	Distribuição dos pacientes aderentes e não-aderentes conforme as variáveis sócio-demográficas. Campo Grande, 2007-2008.....	40
Tabela 6 –	Distribuição dos pacientes aderentes e não-aderentes conforme as variáveis sócio-econômicas. Campo Grande, 2007-2008.....	41
Tabela 7 –	Distribuição dos pacientes aderentes e não-aderentes conforme os resultados dos exames de Carga Viral (CV) e CD4. Campo Grande, 2007-2008.....	42
Tabela 8 –	Distribuição dos pacientes aderentes e não-aderentes conforme algumas características clínicas. Campo Grande, 2007-2008.....	43
Tabela 9 –	Distribuição dos pacientes aderentes e não-aderentes segundo apresentação ou não de reações adversas relatadas. Campo Grande, 2007-2008.....	44
Tabela 10 –	Distribuição dos pacientes aderentes e não-aderentes conforme os medicamentos utilizados. Campo Grande, 2007-2008.....	45
Tabela 11 –	Distribuição dos pacientes aderentes e não-aderentes conforme as mais freqüentes associações de antirretrovirais. Campo Grande, 2007-2008.....	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)
ARV	Antirretroviral
AZT	Zidovudina
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i> (Centro de Controle e Prevenção de Doenças)
CD4	Linfócitos T CD4
CEDIP	Centro de Doenças Infecto-Parasitárias
D.O.U.	Diário Oficial da União
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HAART	<i>Highly Active Anti-Retroviral Therapy</i> (Terapia antirretroviral potente)
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> (Vírus da Imunodeficiência Humana)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IP	Inibidores da Protease
ITRN	Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos
ITRNN	Inibidores da Transcriptase Reversa Não-Análogos de Nucleosídeos
MS	Ministério da Saúde
SIM	Sistema de Informações sobre mortalidade
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SISCEL	Sistema de Controle de Informações Laboratoriais
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
WHO/OMS	<i>World Health Organization</i> (Organização Mundial de Saúde)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
2.1 Aspectos Históricos.....	14
2.2 Etiologia.....	15
2.3 Epidemiologia.....	16
2.3.1 Formas de transmissão.....	16
2.3.1.1 Transmissão sexual.....	17
2.3.1.2 Transmissão sangüínea.....	17
2.3.1.3 Transmissão vertical.....	17
2.3.1.4 Transmissão ocupacional.....	18
2.3.1.5 Outras possíveis formas de transmissão.....	19
2.3.2 Magnitude.....	19
2.4 Clínica – História natural da doença.....	20
2.5 Tratamento.....	21
2.6 Adesão ao tratamento medicamentoso.....	22
3 OBJETIVOS.....	29
3.1 Objetivo Geral.....	29
3.2 Objetivo Específico.....	29
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	30
4.1 Classificação do estudo.....	30
4.2 População do estudo.....	30
4.2.1 Critérios de inclusão.....	30

4.2.2 Critérios de exclusão.....	31
4.3 Local da pesquisa.....	31
4.4 Instituição de pesquisa.....	31
4.5 Instrumental de pesquisa.....	31
4.5.1 Validação do instrumento.....	32
4.6 Procedimentos de pesquisa.....	32
4.7 Análise bioestatística dos dados.....	33
4.8 Procedimentos Éticos.....	34
5 RESULTADOS.....	35
5.1 Características sócio-demográficas e sócio-econômicas dos entrevistados.....	35
5.2 Adesão método auto-relato x Adesão freqüência na farmácia.....	38
5.3 Adesão método auto-relato x características sócio-demográficas e sócio-econômicas dos entrevistados.....	39
5.4 Adesão método auto-relato x características clínicas dos entrevistados.....	42
6 DISCUSSÃO.....	47
7 CONCLUSÕES.....	53
REFERÊNCIAS.....	54
APÊNDICES.....	63
ANEXOS.....	69

1 INTRODUÇÃO

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

As atuais terapias antirretrovirais têm um esquema de administração de doses bastante complexo, dividindo-se em duas a três doses ao dia, podendo ainda interferir no regime alimentar. O grande número de comprimidos ou cápsulas, utilizados por tempo indeterminado, dificulta sobremaneira a adesão do paciente ao tratamento em longo prazo. Alguns comprimidos precisam ser ingeridos em jejum, outros após a alimentação e em caso de infecções associadas, em que são necessárias terapias combinadas, o aumento no número de comprimidos pode trazer dificuldade na compreensão das doses.

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

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

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

Através do método indireto existem várias técnicas que podem ser adotadas, mas no momento da escolha deve-se levar em consideração os prós e contras de cada uma. Pode-se utilizar o relato do paciente que apresenta facilidade operacional e baixo custo, porém costuma superestimar a adesão. Também pode-se acompanhar os registros farmacêuticos que têm seu uso restrito em sistemas ou serviços de saúde que possuem um rigoroso controle de dispensação de medicamentos. O monitoramento eletrônico de doses permite avaliar além da adesão, o comportamento indesejado quanto aos horários de tomada, pois ao frasco do medicamento do paciente é colocado um chip que registra e retém, em sua memória, a data e hora da administração da droga, obtendo-se uma avaliação mais completa do ato e da maneira

como o indivíduo toma seus medicamentos. Por alguns, é considerado como “padrão-ouro” para validação de outros métodos (SANTA HELENA et al., 2008).

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

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

O ponto de corte a ser adotado varia de acordo com a patologia estudada. Para os pacientes com HIV/AIDS, são considerados aderentes aqueles que ingerirem 95% ou mais dos medicamentos antirretrovirais (PATERSON et al., 2000). Já os pacientes que tomam medicamentos anti-hipertensivos, são considerados aderentes aqueles que ingerirem 80% ou mais dos comprimidos prescritos.

Não há um teste padrão para aferir a adesão e qualquer procedimento apenas estima o comportamento real do paciente (GONÇALVES, 2008). Neste estudo, optou-se por verificar a adesão dos pacientes ao tratamento com os medicamentos antirretrovirais através do método direto, onde por meio de um questionário os pacientes relataram se utilizaram ou não os medicamentos prescritos pelo médico, e quanto utilizaram, nos três dias anteriores à entrevista. Apesar do risco da superestimativa da adesão pelo paciente, é um método simples, rápido e de custo reduzido, que pode ser muito eficiente quando conduzido sem julgamento, garantindo sigilo e confidencialidade. Muitos estudos têm utilizado este método (MONREAL et al., 2002).

Com o objetivo de validar a informação de adesão a terapia antirretroviral obtida através do auto-relato, associou-se ao uso do questionário, o acompanhamento dos registros farmacêuticos quanto à retirada mensal dos medicamentos e também a classificação por meio dos resultados dos exames contendo os níveis de carga viral e CD4 dos pacientes.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS

No período de outubro de 1980 a maio de 1981 três diferentes hospitais em Los Angeles, nos Estados Unidos diagnosticaram e trataram cinco homens homossexuais previamente saudáveis que desenvolveram uma pneumonia rara, causada pelo *Pneumocystis carinii*, além de apresentarem outras enfermidades pouco comuns (CDC, 1981). Posteriormente, estes foram considerados como os primeiros casos relatados da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) nos Estados Unidos.

Desde outubro de 1981, médicos de grandes regiões metropolitanas dos Estados Unidos notificaram ao CDC casos de linfadenopatia generalizada persistente entre homossexuais do sexo masculino, não atribuível a causas previamente identificadas. Como resultado deste relatório, observou-se a necessidade destes pacientes serem acompanhados através de revisão periódica para que se pudesse determinar o significado clínico e epidemiológico da persistente linfadenopatia generalizada (CDC, 1982a).

Após outro relatório enviado ao CDC sobre um bebê de 20 meses de idade da região de São Francisco que desenvolveu de forma inexplicável imunodeficiência e infecção oportunista após múltiplas transfusões sangüíneas, incluindo uma transfusão de plaquetas derivadas do sangue de um homem encontrado depois de ter desenvolvido Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), houve um reforço na hipótese de que a AIDS poderia ser causada por um agente infeccioso que seria transmitido sexualmente ou através de exposição a sangue ou produtos derivados do sangue (CDC, 1982b).

Em 1983, no Instituto Pasteur em Paris, os cientistas Luc Montagnier e Françoise Barré-Sinoussi identificaram que o responsável pela epidemia era um retrovírus que mais tarde recebeu o nome de Vírus da Imunodeficiência Humana ou HIV. Em 1985 foi desenvolvido um teste sorológico para diagnóstico da doença, servindo para identificar os doentes e triar sangue para transfusão. Em 1987 surgiu a zidovudina (AZT), um inibidor da transcriptase reversa análogo de nucleosídeo (ITRN), que foi o primeiro fármaco capaz de atuar diretamente contra o agente viral ainda que fosse incapaz de suprimir a infecção. Outro avanço foi a melhor utilização de medicamentos (como os antimicóticos, por exemplo) capazes de tratar aquelas infecções aparentemente menos comuns e que emergiam devido à

queda na defesa imunológica. Em 1990 surgiu um grupo de novos medicamentos, os inibidores da protease (IP). Constatou-se que o uso combinado de agentes antirretrovirais – chamado “coquetel de drogas” ou HAART (*highly active antiretroviral therapy*) realmente modificava o decurso da infecção porque inibia a formação de cepas virais resistentes (BRASIL, 2009b).

Desde então, esta doença tornou-se um dos maiores desafios de saúde pública tanto em nível nacional quanto internacional. O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), custou a vida de mais de 22 milhões de pessoas em todo o mundo, incluindo mais de 500.000 pessoas nos Estados Unidos (CDC, 2006).

2.2 ETIOLOGIA

Em 1983 o HIV-1 foi isolado de pacientes com AIDS pelos pesquisadores Luc Montaigner, na França, e Robert Gallo, nos EUA, recebendo os nomes de LAV (Lymphadenopathy Associated Virus ou Linfadenopatia Associada ao Vírus) e HTLV-III (Human T-Lymphotropic Virus ou Vírus T-Linfotrópico Humano tipo III), respectivamente, nos dois países. Em 1986 foi identificado um segundo agente etiológico, também retrovírus, com características semelhantes ao HIV-1, denominado HIV-2. Nesse mesmo ano um comitê internacional recomendou o termo HIV (Human Immunodeficiency Virus ou Vírus da Imunodeficiência Humana) para denominá-lo, reconhecendo-o como capaz de infectar seres humanos (BRASIL, 2009c).

O HIV é um retrovírus com genoma RNA, da Família *Retroviridae* (retrovírus) e subfamília *Lentivirinae*. Pertence ao grupo dos retrovírus citopáticos e não-oncogênicos que necessitam, para multiplicar-se, de uma enzima denominada transcriptase reversa, responsável pela transcrição do RNA viral para uma cópia DNA, que pode então integrar-se ao genoma do hospedeiro (BRASIL, 2009c).

Embora não se saiba ao certo qual a origem dos HIV-1 e 2, sabe-se que uma grande família de retrovírus relacionados a eles está presente em primatas não-humanos, na África sub-Sahariana. Todos os membros desta família de retrovírus possuem estrutura genômica semelhante, apresentando homologia em torno de 50%. Além disso, todos têm a capacidade de infectar linfócitos através do receptor CD4. Aparentemente, o HIV-1 e o HIV-2 passaram a

infectar o homem há poucas décadas; alguns trabalhos científicos recentes sugerem que isso tenha ocorrido entre os anos 40 e 50 (BRASIL, 2009c).

O HIV é bastante lábil no meio externo, sendo inativado por uma variedade de agentes físicos (calor) e químicos (hipoclorito de sódio, glutaraldeído). Em condições experimentais controladas, as partículas virais intracelulares parecem sobreviver no meio externo por até, no máximo, um dia, enquanto que partículas virais livres podem sobreviver por 15 dias, à temperatura ambiente, ou até 11 dias, a 37°C (BRASIL, 2009c).

Recentemente, têm sido descritas, ainda, variantes genômicas (subtipos), tanto de HIV-1 quanto de HIV-2, em pacientes infectados procedentes de diferentes regiões geográficas. Classificam-se, assim, os isolados de HIV-1 em dois grupos, M (major) e O (outlier), com variabilidade genética de até 30%. No grupo M, identificam-se nove subtipos (A, B, C, D, E, F, G, H e I), e no grupo O, apenas um. Em relação ao HIV-2 descrevem-se cinco subtipos: A, B, C, D, e E. Embora ainda não conhecida, especula-se a possibilidade de variantes virais possuírem diferentes índices de transmissibilidade e/ou patogenicidade (BRASIL, 2009c).

2.3 EPIDEMIOLOGIA

A seguir serão apresentados os principais aspectos epidemiológicos relacionados ao HIV, formas de transmissão e magnitude da doença.

2.3.1 FORMAS DE TRANSMISSÃO

As principais formas de transmissão do HIV são a sexual, a sangüínea (em receptores de sangue ou hemoderivados e em usuários de drogas injetáveis); e vertical (da mãe para o filho, durante a gestação, parto ou por aleitamento). Além dessas formas mais freqüentes, também pode ocorrer a transmissão ocupacional, ocasionada por acidente de trabalho, em profissionais da área da saúde que sofrem ferimentos com instrumentos pérfuro-cortantes contaminados com sangue de pacientes infectados pelo HIV (BRASIL, 2009c).

2.3.1.1 TRANSMISSÃO SEXUAL

A principal forma de exposição em todo o mundo é a sexual, sendo que a transmissão heterossexual, nas relações sem o uso de preservativo é considerada pela OMS como a mais freqüente. Na África sub-Sahariana é a principal forma de transmissão. Nos países desenvolvidos, a exposição ao HIV por relações homossexuais ainda é a responsável pelo maior número de casos, embora a transmissão por relações heterossexuais estejam aumentando proporcionalmente como uma tendência na dinâmica da epidemia. Os fatores que aumentam o risco de transmissão do HIV em uma relação heterossexual são: alta viremia, imunodeficiência avançada, relação anal receptiva, relação sexual durante a menstruação e presença de outra DST, principalmente as ulcerativas. Sabe-se hoje que as úlceras resultantes de infecções sexualmente transmissíveis como cancro mole, sífilis e herpes genital, aumentam muito o risco de transmissão do HIV (BRASIL, 2009c).

2.3.1.2 TRANSMISSÃO SANGÜÍNEA

A transmissão sangüínea associada ao uso de drogas injetáveis é um meio muito eficaz de transmissão do HIV, devido ao uso compartilhado de seringas e agulhas. Essa via de transmissão adquire importância crescente em várias partes do mundo, como na Ásia, América Latina e no Caribe (BRASIL, 2009c).

A transmissão mediante transfusão de sangue e derivados é cada vez menos relevante nos países industrializados e naqueles que adotaram medidas de controle da qualidade do sangue utilizado, como é o caso do Brasil (BRASIL, 2009c).

2.3.1.3 TRANSMISSÃO VERTICAL

A transmissão vertical do HIV ocorre pela passagem do vírus da mãe para o bebê durante a gestação, o parto ou a amamentação, sendo que cerca de 35% dessa transmissão ocorre durante a gestação, 65% acontecem no periparto e há um risco acrescido de

transmissão através da amamentação de 7% até 22% por exposição (mamada) (BRASIL, 2007).

Com uma prevalência de 0,41% de infecção pelo HIV em gestantes, estima-se que 12.456 recém-nascidos sejam expostos ao HIV anualmente (BRASIL, 2007).

A taxa de transmissão vertical do HIV, quando não são realizadas todas as intervenções de profilaxia, atinge cerca de 25% dos recém-nascidos de gestantes HIV+, podendo ser reduzida a um nível entre 1 a 2 % com a aplicação de medidas adequadas durante o pré-natal, parto e puerpério. Essas intervenções são: o uso de antirretrovirais, a partir da 14ª semana de gestação; utilização de AZT injetável durante o trabalho de parto; realização de parto cesárea, quando indicado; AZT oral para o recém-nascido exposto, do nascimento até 42 dias de vida e inibição de lactação associada ao fornecimento de fórmula infantil até os seis meses de idade (BRASIL, 2007).

2.3.1.4 TRANSMISSÃO OCUPACIONAL

A transmissão ocupacional ocorre quando profissionais da área da saúde sofrem ferimentos com instrumentos perfuro-cortantes contaminados com sangue de pacientes portadores do HIV. Estima-se que o risco médio de contrair o HIV após uma exposição percutânea a sangue contaminado seja de aproximadamente 0,3%. Nos casos de exposição de mucosas, esse risco é de aproximadamente 0,1%. Os fatores de risco já identificados como favorecedores deste tipo de contaminação são: a profundidade e extensão do ferimento, a presença de sangue visível no instrumento que produziu o ferimento, o procedimento que resultou na exposição e que envolveu a colocação da agulha diretamente na veia ou artéria de paciente portador de HIV e, finalmente o paciente fonte da infecção mostrar evidências de imunodeficiência avançada, ser terminal ou apresentar carga viral elevada (BRASIL, 2009c).

2.3.1.5 OUTRAS POSSÍVEIS FORMAS DE TRANSMISSÃO

Embora o vírus tenha sido isolado de vários fluidos corporais, como saliva, urina, lágrimas, somente contatos com sangue, sêmen, secreções genitais e leite materno têm sido implicados como fontes de infecção (BRASIL, 2009c).

O risco da transmissão do HIV por saliva foi avaliado em vários estudos laboratoriais e epidemiológicos. Esses estudos demonstraram que a concentração e a infectividade dos vírus na saliva de indivíduos portadores do HIV são extremamente baixas (BRASIL, 2009c).

Até o momento não foi possível evidenciar, com segurança, nenhum caso de infecção por HIV adquirido por qualquer das seguintes vias teóricas de transmissão: contato interpessoal não-sexual e não-percutâneo (contato casual), vetores/artrópodes (picadas de insetos), fontes ambientais (aerossóis, por exemplo) e objetos inanimados (fômites), além de instalações sanitárias (BRASIL, 2009c).

Não foi possível evidenciar qualquer multiplicação do HIV em artrópodes após inoculação intra-abdominal, intratorácica ou após repasto de sangue infectado. Outros estudos demonstraram ausência de replicação do HIV em linhagens celulares derivadas de artrópodes. Estudos epidemiológicos nos Estados Unidos, Haiti e África Central não demonstraram qualquer evidência de transmissão por vetores (BRASIL, 2009c).

Conclui-se que formas alternativas de transmissão são altamente improváveis e que a experiência cumulativa é suficientemente ampla para se assegurar enfaticamente que não há qualquer justificativa para restringir a participação de indivíduos infectados nos seus ambientes domésticos, escolares, sociais ou profissionais (BRASIL, 2009c).

2.3.2 MAGNITUDE

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que 33,2 milhões [30,6 – 36,1 milhões] de pessoas vivem com AIDS hoje no mundo. Somente em 2007, 2,5 milhões [1,8 – 4,1 milhões] de pessoas se infectaram e 2,1 milhões [1,9 – 2,4 milhões] morreram de AIDS. Também, de acordo com a OMS, a doença continua sendo uma das principais causas de morte no mundo (WHO, 2007).

No Brasil, de 1980 a junho de 2008, foram notificados 506.499 casos de AIDS sendo 333.485 (66%) casos no sexo masculino e 172.995 (34%) no sexo feminino. Quanto à mortalidade, o total acumulado até 2007, foi de 205.409 óbitos por AIDS no Brasil (BRASIL, 2008a).

Estima-se que, pelo menos 255 mil brasileiros estejam infectados pelo vírus da AIDS e ainda não tenham feito o exame (BRASIL, 2009d).

De acordo com os dados provenientes do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Controle de Informações Laboratoriais (SISCEL) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Mato Grosso do Sul apresentou 5.567 casos acumulados de AIDS de 1980 a 2008 (BRASIL, 2008e). A maioria dos casos ocorreu em Campo Grande, 2537 (CAMPO GRANDE, 2007), seguido pelos municípios de Dourados, Corumbá, Três Lagoas e Ponta Porã.

Em 2007, Mato Grosso do Sul apresentou uma taxa de incidência (por 100.000 hab.) de casos de AIDS notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLON, de 17,3, que foi um valor acima da média da região centro-oeste (15,1), mas um pouco abaixo da média Brasil que foi 17,8, ocupando no ranking nacional o 9º lugar (BRASIL, 2008a).

Quanto à mortalidade, em 2007, Mato Grosso do Sul apresentou uma taxa de mortalidade por AIDS (nº de óbitos informados, por 100.000 hab.) de 7,9 para homens e 3,6 para mulheres, ambas ficando acima da média da região centro-oeste que foi de 5,9 para homens e 3,1 para mulheres, mas abaixo da média Brasil que foi de 8,1 para homens e 4,0 para mulheres (BRASIL, 2007).

2.4 CLÍNICA – HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA

A infecção pelo HIV-1 cursa com amplo espectro de apresentações clínicas, desde a fase aguda (que pode ser assintomática, oligossintomática ou se manifestar como síndrome retroviral aguda), passando pela fase de latência (assintomática) até a fase avançada da doença, com as manifestações definidoras da síndrome da imunodeficiência (AIDS). Em indivíduos não tratados, estima-se em dez anos o tempo médio entre o contágio e o aparecimento da doença (BRASIL, 2008b).

A infecção aguda pelo HIV ou Síndrome Retroviral Aguda é caracterizada por uma doença transitória sintomática, que ocorre logo após a exposição ao HIV. Está associada à intensa replicação viral e a uma resposta imunológica específica (BRASIL, 2008b).

O aparecimento de infecções oportunistas e neoplasias é definidor da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Entre as infecções oportunistas destacam-se: pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* (antigamente *P. carinii*), toxoplasmose do sistema nervoso central, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus. As neoplasias mais comuns são: sarcoma de Kaposi, linfomas não-Hodgkin e o câncer de colo uterino em mulheres jovens. Nessas situações, a contagem de linfócitos T-CD4+ está, na maioria das vezes, abaixo de 200 células/mm³ (BRASIL, 2008b).

Além das infecções e das manifestações não-infecciosas, o HIV pode causar doenças por dano direto a certos órgãos ou devidas a processos inflamatórios, tais como miocardiopatia, nefropatia e neuropatias que podem estar presentes durante toda a evolução da infecção pelo HIV-1 (BRASIL, 2008b).

Desta forma, a evolução na história natural da infecção pelo HIV dos estágios iniciais assintomáticos até fases avançadas (AIDS), caracteriza-se por uma contínua e progressiva deficiência imunológica e pode variar entre os indivíduos.

2.5 TRATAMENTO

No Brasil, a compra e distribuição dos medicamentos para tratamento do HIV/AIDS, foi regulamentada em março de 1995, pela Portaria Ministerial nº 21, de 21/03/95, publicada no D.O.U. de 27/03/95. Em novembro de 1996, foi promulgada a Lei nº 9.313, de 13/11/96, publicada no D.O.U. de 14/11/96, e para a sua regulamentação, foi assinada a Portaria 2.334, de 04/12/96, publicada no D.O.U. de 05/12/96 (BRASIL, 2008c).

Atualmente o Brasil distribui 17 medicamentos antirretrovirais na rede pública de saúde, a aproximadamente 181.000 pacientes, gerando um gasto anual aproximado de 427 milhões de dólares na aquisição dos mesmos (BRASIL, 2009a).

Vários indicadores evidenciam o efeito positivo dessa política adotada no país, como a redução da mortalidade, diminuição das internações hospitalares, redução da incidência de infecções oportunistas e da transmissão vertical, dentre outros (CECCATO et al., 2004).

Os antirretrovirais atuam diretamente no processo de entrada do vírus na célula e na sua replicação, fazendo com que a multiplicação do HIV seja reduzida e, com isso, diminui-se a quantidade de vírus no organismo, retardando assim o desenvolvimento da doença. Cada medicamento age numa determinada etapa da reprodução do vírus, de modo a impedir a sua replicação nas células de defesa (linfócitos CD4), evitando a formação do vírus ou fazendo com que ele saia defeituoso da célula (NARCISO & PAULILO, 2001).

Estima-se que 10 a 20% dos pacientes que iniciam o tratamento não conseguem suprimir a viremia de forma satisfatória após alguns meses de terapia (falha virológica primária) e cerca de 20 a 50% dos que apresentam boa resposta inicial apresentarão falha virológica após um ano de tratamento (falha virológica secundária), sendo a taxa de resposta virológica aos tratamentos subseqüentes progressivamente menor. A falha terapêutica, principalmente por resistência às drogas, é um fenômeno esperado, e um número crescente de pacientes encontra-se sem opções de medicamentos antirretrovirais. Efeitos colaterais, muitos dos quais desconhecidos no passado, são cada vez mais freqüentes e, em grande parte, são os principais responsáveis pela descontinuação da terapia. O desenvolvimento de neuropatia, hepatotoxicidade, pancreatite, lipodistrofia, diabetes, dislipidemia, osteoporose e acidemia láctica estão entre as complicações que podem piorar consideravelmente a qualidade de vida do indivíduo infectado pelo HIV (BRASIL, 2004a).

As causas farmacológicas também desempenham um papel relevante na falha terapêutica; dentre estas podem ser citar a absorção deficiente da droga, a eliminação acelerada da medicação, a sua penetração deficiente em alguns santuários de replicação viral e as interações com outros medicamentos (DIAZ, 2006).

Muitos destes pacientes fazem uso de inúmeras outras medicações que, potencialmente, podem interferir na metabolização das drogas antirretrovirais. Por fim, a resistência aos medicamentos é sobremaneira importante (DIAZ, 2006).

2.6 ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Inúmeros fatores podem contribuir para a ocorrência de falha terapêutica aos medicamentos antirretrovirais. Uma das causas mais freqüentes de falha terapêutica é a baixa adesão ao tratamento (a cada cinco pessoas, uma não usa os medicamentos de forma regular), devido à complexidade da posologia e a gama de efeitos colaterais dos esquemas terapêuticos

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

Em um estudo de revisão de literatura, foi verificado dentre os artigos pesquisados que mais de 250 variáveis influenciavam na adesão ao tratamento, não havendo consenso quanto à significância de cada uma delas. Através de uma divisão artificial, existem três grandes grupos de fatores implicados na adesão, os atribuídos ao paciente como suas características demográficas, psicológicas e econômicas que são praticamente inatingíveis pelos profissionais de saúde; a relação médico-paciente e fatores relacionados ao esquema terapêutico que talvez sejam os pontos mais práticos a serem modificados (VALLE, 2000).

A partir de uma leitura mais aprofundada, excetuando o quadro em que o paciente não tem acesso ao medicamento, foi observado que o número de doses ou os efeitos adversos são empecilhos para adesão, dependendo da percepção que o paciente tem disso; que a própria doença é um fator interferente dependendo da forma como o paciente enfrenta a doença e seus sintomas, e que o profissional de saúde influenciará na adesão, na medida em que atingir o universo cultural do paciente e estabelecer com este comunicação e relacionamento efetivos, incluindo valorização do consumo como benefício em seu cotidiano, quando este se fizer necessário (LEITE & VASCONCELLOS, 2003).

Todas as causas de falha terapêutica mencionadas acima, como o conjunto de causas farmacológicas e a não-adesão podem culminar no desenvolvimento de resistência aos antirretrovirais (DIAZ, 2006).

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

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

Poucos estudos avaliam várias dimensões, ou seja, avaliar o Ato, o Processo e o Efeito. Um estudo clássico cita o termo “compliance” (que privilegia o ato), propõe um questionário que mede comportamento de tomada (processo) e usa como “padrão-ouro” uma medida de desfecho clínico (efeito) (MORISKI et al., 1986).

Conforme literatura, à medida que a ordem cronológica avança, observa-se um maior rigor na avaliação da adesão: passou-se a adotar, cada vez mais, o critério de uso de pelo menos 95% das doses prescritas de ARV nos últimos três dias; e há também uma preocupação em se aplicar mais de um método para a medida, com o objetivo de validar a informação de adesão à terapia antirretroviral (BONOLO et al., 2007).

Como mencionado anteriormente, para que um ótimo resultado terapêutico em longo prazo seja atingido, se faz necessário que mais de 95% das doses dos medicamentos antirretrovirais sejam efetivamente tomadas. Portanto, não há como atingir esse objetivo de forma ampla sem um programa adequadamente estruturado de adesão. Por esse motivo, todas as iniciativas destinadas ao desenvolvimento desse tema devem ser estimuladas (CARACIOLO et al., 2005).

Uma pesquisa realizada pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP), encomendada pelo Programa Nacional de DST/Aids, revelou que 73% dos pacientes brasileiros em tratamento antirretroviral seguiam corretamente as prescrições médicas. O Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP entrevistou 1972 pacientes infectados pelo vírus da AIDS, em 322 serviços de saúde de sete estados brasileiros (São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Ceará, Maranhão, Mato Grosso do Sul e Pará). Foram considerados aderentes todos os pacientes que tomaram 95% ou mais do total de comprimidos que deveriam ser ingeridos nos três dias que antecederam a entrevista. A taxa de adesão de 73% ainda não é a ideal (BRASIL, 2004b).

Em um estudo qualitativo realizado em dois serviços hospitalares de referência para HIV/AIDS de Belo Horizonte, MG, foi analisada a utilização de medicamentos por indivíduos infectados pelo HIV, durante o processo de procura e atendimento nos serviços de saúde. Foram realizadas 52 entrevistas e revisados 1079 prontuários médicos. Foram coletadas referências explícitas à dificuldade de utilização de antirretrovirais e da terapêutica para patologias associadas. Os problemas relacionados à utilização de antirretrovirais foram: recusa do uso, dificuldade de obtenção e de cumprimento da prescrição, auto-medicação, dificuldade de obter medicamentos para patologias associadas (ACURCIO & GUIMARÃES, 1999).

Com o objetivo de conhecer os erros e dificuldades dos pacientes em relação à terapia antirretroviral, foi realizado um estudo junto ao Ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS e à Unidade Leito-Dia em AIDS do HC-UNICAMP. Participaram do estudo 61 pacientes adultos com AIDS. O estudo apontou a existência de dificuldades e erros na utilização do complexo esquema da terapêutica medicamentosa. As principais dificuldades relatadas foram: efeitos colaterais, grande volume dos comprimidos, horários de utilização e sabor desagradável. Os pacientes apresentaram também erros no que se refere à associação inadequada de medicamentos, não cumprimento de jejum e no uso específico de alguns antirretrovirais. Faziam uso inadequado da medicação: 41% dos pacientes estudados, sendo que destes, 24,5% acreditavam estar tomando corretamente os medicamentos. A conclusão do estudo gerou uma intervenção para grupos específicos de pacientes visando facilitar a adesão à terapia proposta (FIGUEIREDO et al., 2001).

Dados preliminares de um estudo prospectivo concorrente desenvolvido em Belo Horizonte (Brasil) em 2001, cujo objetivo foi avaliar a adesão dos indivíduos infectados com o HIV e com a primeira prescrição de antirretroviral em dois serviços públicos de referência, mostraram uma incidência acumulada de não-adesão de 24,1%, considerada, segundo os autores, alta para o período médio de seguimento de 34,8 dias. Neste estudo, foi efetuada entrevista basal com 256 pacientes, sendo que destes 158 (61,7%) tiveram pelo menos uma visita de retorno (agendada para o primeiro mês) e 65 (25,4%) tiveram dois retornos (o segundo agendado para o quarto mês). Definiu-se como critério de adesão a tomada de 90% ou mais da quantidade de comprimidos recomendada na prescrição, onde as informações foram coletadas através do auto-relato dos três últimos dias anteriores à entrevista (BONOLO et al., 2001).

No intuito de avaliar a compreensão das informações sobre a terapia antirretroviral entre portadores do HIV/AIDS atendidos em serviços públicos de referência, em Belo Horizonte, Minas Gerais, foi realizada análise transversal por meio de entrevistas com pacientes, após a primeira dispensação de antirretrovirais. A orientação recebida dos profissionais de saúde e o nível de compreensão pelo paciente foram investigados, sendo este classificado como insuficiente se houvesse discordância igual ou superior a 30% entre a resposta do paciente e a informação contida na prescrição para itens selecionados. Divergências entre as informações da prescrição e as relatadas pelos 358 pacientes foram observadas. O nível de compreensão das informações sobre antirretrovirais prescritos foi classificado como insuficiente para 26,3%. Os resultados obtidos revelaram proporção importante de pacientes com lacunas na compreensão de informações sobre a terapia

antirretroviral combinada, sendo necessário implementar estratégias para aumentar a qualidade das orientações fornecidas a esses pacientes (CECCATO et al., 2004).

Por meio de um estudo transversal, Carvalho et al., (2003) buscaram estimar níveis de adesão à terapia antirretroviral e investigar seus determinantes. Para tanto, realizaram entrevistas semi-estruturadas em uma amostra seqüencial de 150 pacientes atendidos no Hospital-Dia de Brasília, DF. A adesão foi estimada considerando o relato do número de comprimidos tomados por dia, desde o início do tratamento antirretroviral, calculando-se o percentual de comprimidos ingeridos em relação ao total prescrito. Quanto à distribuição do percentual da adesão ao tratamento, verificaram que 76% dos pacientes relataram níveis iguais ou superiores a 95%, e 83,2% iguais ou superiores a 80%. A média de adesão encontrada foi de 85,8%. As variáveis que se mostraram significativamente associadas à baixa adesão foram: idade, escolaridade, situação de emprego, rendas pessoal e familiar, uso de substâncias ilícitas, estrutura familiar e/ou comunitária, presença de infecção oportunista no momento do diagnóstico e ocorrência de efeitos colaterais relacionados à terapia. Concluíram que variáveis sócio-econômicas e de hábitos tiveram maior força de associação com o nível de adesão que as relacionadas com a doença ou com o tratamento.

Com objetivo de identificar e avaliar a prevalência da adesão ao tratamento com medicamentos antirretrovirais e os motivos associados com as perdas de doses referidas pelos indivíduos com AIDS, atendidos no ambulatório de Doenças Infecto-Parasitárias do Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Monreal et al. (2002), observaram através de um estudo descritivo-analítico transversal realizado por meio de questionário padrão aplicado a 139 pacientes com AIDS, que a prevalência da adesão neste estudo ficou abaixo do corte estipulado para avaliação, ou seja, a não-adesão ocorreu entre estes indivíduos. Foram considerados aderentes os indivíduos que ingeriram 80% ou mais do total de comprimidos prescritos, na semana anterior à entrevista. Do total de pacientes, 66,9% referiram perder dose dos medicamentos e 63% foram considerados aderentes. A média da adesão foi de 75,8% e não houve diferença quanto ao sexo. Os motivos da não-adesão foram: esquecimento (67,7%), estar sem os medicamentos (41,9%), efeitos colaterais (21,5%), complexidade do regime terapêutico (12,9%), fadiga (9,7%) e interrupção voluntária (7,5%).

A pesquisa bibliográfica desenvolvida por Nicastri et al. (2007), efetuada através de uma revisão sistemática dos estudos anteriores sobre diferenças entre gêneros em doentes com HAART, concluíram que as mulheres têm menor probabilidade de aderir à terapêutica antirretroviral quando comparadas aos homens. Porém, em conclusão, os autores relataram que existem poucas evidências de diferenças entre os gêneros durante o tratamento

antirretroviral. No entanto, eles notaram que a maioria destes estudos não tinha capacidade de detectar diferenças entre os sexos – uma vez que a maioria dos ensaios clínicos tinha consideravelmente mais homens que mulheres – e tinham um seguimento limitado de 6 a 12 meses. Entenderam também que é necessário desenhar novos ensaios clínicos sensíveis a diferenças entre os gêneros com seguimento prolongado e amostras representativas da prevalência atual do HIV nas mulheres, para detectar as possíveis diferenças dos agentes antirretrovirais entre os sexos durante a infecção pelo HIV.

Entretanto, o fato dos efeitos colaterais e riscos causados pelos medicamentos antirretrovirais não serem iguais em homens e mulheres podem ser apontados como uma das causas da menor probabilidade das mulheres em aderir à terapêutica antirretroviral. Estudos mostraram que o ritonavir reduz a eficácia de um tipo de pílula contraceptiva bastante usada, que combina estrógeno e progestina. As mulheres demonstraram também ter maior tendência a apresentar reações cutâneas e pancreatite associadas ao uso de inibidores de transcriptase reversa não-nucleosídeo. Percentuais maiores de acidose láctica são encontrados em mulheres em comparação com homens. Alguns estudos mostraram que de 16% a 18% das mulheres que tomam inibidores de protease apresentam níveis anormais de lipídeos, triglicerídeos e colesterol, o que aumentaria o risco de terem problemas cardíacos. Elas também desenvolvem níveis mais altos de glicose, o que faz crescer o risco de diabetes. A lipodistrofia também parece se apresentar diferentemente em homens e em mulheres. Os homens em geral apresentam acúmulos de gordura na barriga e nas costas, logo abaixo do pescoço (“corcova”), e perdas nos braços e nas pernas. Já as mulheres apresentam maior acúmulo no peito e na nuca (“cangote”) e perdas nas coxas, nádegas e panturrilhas (SANEMATSU & VILLELA, 2003).

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

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

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

Não só o paciente arca com os efeitos da não adesão, mas também o sistema de saúde, com aumento do número de hospitalizações, dos gastos financeiros e do tempo de tratamento, que poderiam ser evitados (VALLE, 2000). Somente em 2008 o Brasil gastou mais de R\$ 1 bilhão com medicamentos para os pacientes com HIV/AIDS (BRASIL, 2009d).

O tratamento ideal – intervenção única, várias apresentações, de curta duração, sem efeitos colaterais, sem interações medicamentosas e que proporcione múltiplas ações benéficas – que se dá numa relação médico-paciente ótima e num contexto sócio-econômico ideal propiciaria adesão máxima. Vê-se aí a complexidade do problema adesão ao tratamento, uma vez que tal tratamento e contexto social não existem (VALLE, 2000).

Portanto, apenas garantir o acesso dos pacientes aos medicamentos antirretrovirais não é suficiente, deve-se assegurar que estes sejam utilizados de forma racional.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer e caracterizar o perfil epidemiológico, as práticas, atitudes, dificuldades relatadas e adesão ao tratamento com medicamentos antirretrovirais pelos pacientes com AIDS, atendidos no CEDIP do Bairro Nova Bahia em Campo Grande/MS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer as características sócio-demográficas e sócio-econômicas dos pacientes entrevistados;
- Verificar a adesão ao tratamento medicamentoso pelos entrevistados, através de dois métodos: relato dos pacientes sobre a ingestão dos medicamentos e através da frequência do comparecimento mensal a farmácia;
- Comparar os resultados obtidos através dos dois métodos utilizados para avaliar a adesão;
- Distribuição dos pacientes aderentes e não-aderentes conforme variáveis sócio-demográficas, sócio-econômicas e algumas características clínicas;

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 CLASSIFICAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo classifica-se como transversal descritivo quantitativo/qualitativo.

4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Este estudo foi constituído por 252 indivíduos, que apresentavam indicação médica para uso de medicamentos antirretrovirais no momento da entrevista (período de agosto de 2007 a dezembro de 2008). Esta amostra foi calculada baseada nos seguintes parâmetros:

População de aproximadamente 780 usuários que estavam comparecendo mensalmente para retirarem seus medicamentos, frequência esperada (50% +/- 5%) e nível de significância de 5%.

A terapia antirretroviral é recomendada para pacientes infectados pelo HIV que sejam sintomáticos, independentemente da contagem de linfócitos T-CD4+, e para aqueles assintomáticos com contagem de linfócitos T-CD4+ abaixo de 200/mm³.

4.2.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos pacientes que possuíam prescrição médica para uso de medicamentos antirretrovirais a mais de três meses, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, desde que concordassem em participar deste estudo, onde após receberem esclarecimentos sobre a pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES A e B).

4.2.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

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

4.3 LOCAL DA PESQUISA

Este estudo foi desenvolvido no Centro de Doenças Infecto-parasitárias do bairro Nova Bahia em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, que é um dos locais destinado a dispensação de medicamentos antirretrovirais aos pacientes cadastrados no Programa DST/AIDS na Capital.

4.4 INSTITUIÇÃO DE PESQUISA

Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

4.5 INSTRUMENTAL DE PESQUISA

Foi elaborado um formulário subdividido em duas partes, sendo a primeira relacionada aos dados pessoais do (a) paciente como nome, idade, estado civil, sexo e grau de instrução e a segunda parte composta por oito questões sobre os medicamentos (APÊNDICE C).

4.5.1 VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO

Foi realizado um pré-teste do formulário em 5% dos sujeitos da pesquisa, pertencentes à outra instituição de referência na distribuição dos medicamentos antirretrovirais (Hospital-Dia Professora Esterina Corsini), porém com as mesmas características da população de estudo. Após, foram efetuadas as adequações necessárias no formulário.

4.6 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

- O formulário (APÊNDICE C) foi aplicado aos pacientes no período de agosto de 2007 a dezembro de 2008 no momento em que estes compareciam ao Centro de Especialidade Infecto-parasitária (CEDIP) para atendimento médico ou para retirar seus medicamentos antirretrovirais na farmácia, de acordo com a ordem de chegada, de forma aleatória;
- O trabalho foi desenvolvido durante a semana;
- Primeiramente, os pacientes eram abordados apresentando o objetivo do estudo e seus benefícios (APÊNDICE A);
- Caso o paciente concordasse em participar do estudo, era solicitado que o mesmo assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).
- Para preservar a privacidade do (a) paciente, as entrevistas foram realizadas em sala reservada;
- Durante as entrevistas, os pacientes foram mantidos em condições adequadas de conforto, procurando estabelecer um bom relacionamento;
- As questões do formulário (APÊNDICE C) foram preenchidas à caneta, junto com o paciente para esclarecimento de possíveis dúvidas, e a média de tempo utilizado para preenchimento do formulário foi cerca de meia hora;
- Ao término do preenchimento, era perguntado ao paciente se o mesmo possuía alguma dúvida em relação ao seu tratamento e se desejava acrescentar algo que considerasse relevante;
- Ao final de cada período de trabalho, os resultados obtidos foram analisados e os pacientes classificados em aderentes ou não-aderentes da seguinte forma:

- Pacientes aderentes na farmácia – O paciente foi considerado aderente quando compareceu mensalmente nos três meses anteriores à entrevista. Vale lembrar que a farmácia dispensa os medicamentos para 30 dias de tratamento, o que obriga os pacientes a comparecerem mensalmente ao serviço para que não fiquem sem seus medicamentos.

- Pacientes aderentes na ingestão dos medicamentos prescritos pelo médico – O paciente foi considerado aderente quando através de questionamento direto relatava que havia ingerido 95% ou mais do total de medicamentos (comprimido, cápsulas, suspensão ou ampola) nos três dias anteriores à entrevista.

- Nos prontuários médicos, foram coletados os resultados de carga viral e CD4 dos pacientes dos exames mais recentes, com o objetivo de verificar uma possível associação entre adesão inadequada ao tratamento e a persistência da carga viral acima do limite de detecção (50 cópias/ml) e CD4 abaixo da concentração ideal (A concentração de CD4 em um indivíduo saudável varia entre 600 e 1200 células CD4/mm³). O valor obtido foi classificado em intervalos para facilitar a análise estatística.

- Transporte das informações obtidas para o banco de dados;
- Revisão e arquivamento dos formulários;
- Análise estatística;

4.7 ANÁLISE BIOESTATÍSTICA DOS DADOS

Para verificar possíveis associações entre as variáveis deste estudo, foi utilizado o teste QUI-quadrado e QUI-quadrado de tendência. Para verificar a concordância da adesão obtida através do auto-relato sobre a ingestão dos medicamentos e a obtida a partir da frequência da retirada mensal dos medicamentos na farmácia, foi utilizada a estatística Kappa. Foi adotado o nível de significância de 5 %.

4.8 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

- Antes do paciente assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), atendendo a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, era apresentado um formulário (Apêndice A) contendo todos os esclarecimentos necessários como os objetivos da pesquisa, garantia do direito de renúncia inócua, garantia de privacidade e sigilidade das informações e esclarecimento sobre a não-remuneração ou compensação financeira;
- Foi obtida aprovação do Comitê de Ética da UFMS em 29 de março de 2007 (ANEXO A);
- Foi solicitada a Secretaria Municipal de Saúde autorização para o desenvolvimento do projeto junto ao Hospital-Dia do Bairro Nova Bahia em Campo Grande Mato Grosso do Sul, sendo obtido parecer favorável em Agosto de 2007 (ANEXO B).

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E SÓCIO-ECONÔMICAS DOS PACIENTES ENTREVISTADOS

Conforme pode ser observado na tabela 1, a maioria dos entrevistados (n=252) foi do sexo masculino, sendo que 55,6% estavam na faixa etária entre 18 e 40 anos e com relação à escolaridade, mais da metade (53,6%) possuía apenas o ensino fundamental (completo ou incompleto).

A AIDS está atingindo a terceira idade na qual 10,3% dos pacientes entrevistados possuíam mais de 51 anos, e mais da metade destes (n = 26) descobriram que são portadores do vírus a menos de dez anos.

A grande maioria (83,7%) dos entrevistados residia em Campo Grande e possuía como religião o catolicismo.

Quanto à etnia/cor, observou-se maior frequência de brancos, porém, com pouca diferença para a frequência de pardos. Os entrevistados que eram negros apareceram em pequeno número. No momento da entrevista, 52,8% dos pacientes estavam solteiros.

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes entrevistados, de acordo com as variáveis sócio-demográficas, Campo Grande – 2007-2008 (n = 252)

Variáveis sócio-demográficas	Nº	%
<i>Sexo</i>		
Masculino	147	58,3
Feminino	105	41,7
<i>Idade (ano)</i>		
18-30	27	10,7
31-40	113	44,9
41-50	86	34,1
> 51	26	10,3
<i>Escolaridade</i>		
Analfabeto	8	3,2
Ensino fundamental completo ou incompleto	135	53,6
Ensino médio completo ou incompleto e		
Ensino Superior completo ou incompleto	109	43,2
<i>Procedência /residência</i>		
Capital	211	83,7
Interior	41	16,3
<i>Religião</i>		
Não respondeu	6	2,4
Católico (a)	121	48,0
Outra religião	107	42,5
Sem religião definida	18	7,1
<i>Etnia/Cor</i>		
Não respondeu	1	0,4
Branca	114	45,2
Parda	112	44,5
Preta	25	9,9
<i>Situação conjugal</i>		
Sem companheiro(a)	133	52,8
Com companheiro(a)	119	47,2

Da totalidade dos pacientes entrevistados, a maioria (38,9%) relatou que possuía trabalho, mas também foi observado um grande número de pessoas aposentadas e outras desempregadas. Alguns pacientes (4,4%) disseram que recebiam aposentadoria, mas trabalhavam para complementar a renda familiar.

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

Dentre os entrevistados, mais da metade (68,2%) relatou que não possuía dificuldade de transporte para comparecer até o CEDIP nem tampouco possuía dificuldade para comprar alimentos; 73,8% dos pacientes realizavam três refeições ou mais ao dia.

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes entrevistados, de acordo com as variáveis sócio-econômicas, Campo Grande - 2007-2008 (n = 252)

Variáveis sócio-econômicas	Nº	%
<i>Número pessoas na mesma casa</i>		
Não respondeu	6	2,4
Mora sozinho(a)	50	19,8
2 – 3	105	41,7
4 – 6	80	31,7
Mais de 6	11	4,4
<i>Situação funcional</i>		
Não respondeu	1	0,4
Com trabalho	98	38,9
Sem trabalho	74	29,3
Aposentado	68	27,0
Aposentado com trabalho	11	4,4
<i>Renda familiar (SM*)</i>		
Não respondeu	11	4,4
0 – 1	45	17,8
1 – 3	127	50,4
3 – 5	37	14,7
> 5	32	12,7
<i>Possui algum tipo de dificuldade com transporte para chegar ao Hospital dia</i>		
Não respondeu	3	1,2
Sim	77	30,6
Não	172	68,2
<i>Possui dificuldade para comprar alimentos</i>		
Não respondeu	3	1,2
Sim	100	39,7
Não	149	59,1
<i>Número de refeições diárias</i>		
Não respondeu	4	1,6
Uma	6	2,4
Duas	56	22,2
Três	87	34,5
Quatro	75	29,8
Várias vezes ao dia	24	9,5

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

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes entrevistados conforme a situação funcional e classificação dos empregados de acordo com a atividade ocupacional desenvolvida, Campo Grande – 2007-2008

Variáveis	n	Nº	%
<i>Situação funcional</i>	252		
Não respondeu		1	0,4
Desempregados ou Aposentados		142	56,3
Empregados		109	43,3
<i>Atividade desenvolvida</i>	109		
Não responderam		3	2,7
Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados		53	48,6
Profissionais das ciências e das artes		10	9,2
Trabalhadores de serviços administrativos		10	9,2
Trabalhadores de manutenção e reparação		9	8,3
Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca		6	5,5
Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais		6	5,5
Técnicos de nível médio		5	4,6
Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais		4	3,7
Forças Armadas, Policiais e Bombeiros Militares		2	1,8
Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes		1	0,9

5.2 ADESÃO MÉTODO AUTO-RELATO X ADESÃO FREQUÊNCIA NA FARMÁCIA

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

Conforme pode ser observado na tabela 4, dentre os 252 entrevistados, 129 pacientes correspondendo a 51,2%, foram considerados aderentes tanto na ingestão dos medicamentos

quanto no comparecimento mensal a farmácia. Porém, aplicando-se o teste Kappa que corrige a concordância ao acaso, houve apenas 30% de concordância entre a adesão na frequência à farmácia e a relatada pelos pacientes quanto à ingestão dos medicamentos. Portanto, os outros 70% ou não são aderentes nem na frequência a farmácia nem na ingestão dos medicamentos ou foram considerados aderentes em apenas um dos métodos aplicados para avaliar a adesão.

Tabela 4 – Número de pacientes classificados conforme a adesão na ingestão dos medicamentos X adesão no comparecimento mensal na farmácia, Campo Grande - 2007-2008

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

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

5.3 ADESÃO MÉTODO AUTO-RELATO X CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E SÓCIO-ECONÔMICAS DOS ENTREVISTADOS

A partir dos dados contidos na tabela 5, foi possível observar que as mulheres aderiram menos ao tratamento (72,4%) quando comparadas aos homens (83,0%), e que o fato da pessoa possuir uma religião colaborou para melhorar a adesão ao tratamento.

Tabela 5 – Distribuição dos pacientes aderentes e não-aderentes conforme as variáveis sócio-demográficas, Campo Grande - 2007-2008 (n=252)

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

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

⁽¹⁾ Teste Qui-quadrado

⁽²⁾ Teste Qui-quadrado de tendência.

Como demonstrado na tabela 6, quanto maior a renda familiar, melhor foi à adesão destes pacientes ao tratamento. Os indivíduos que relataram possuir dificuldades para adquirir alimentos mostraram através dos números que são menos aderentes ao tratamento.

Tabela 6 - Distribuição dos pacientes aderentes e não-aderentes conforme as variáveis sócio-econômicas, Campo Grande - 2007-2008 (n = 252)

Variáveis	Não-aderentes n=54		Aderentes n = 198		p
	Nº	%	Nº	%	
<i>Quantas pessoas residem na mesma casa</i>					
Não respondeu	2	33,3	4	66,7	(³)0,351
1 – 2	18	17,8	83	82,2	
3 – 4	24	23,5	78	76,5	
5 – 6	7	21,9	25	78,1	
Mais de 6	3	27,3	8	72,7	
<i>Situação funcional</i>					
Não respondeu	1	100,0	-	-	(²)0,112
Sem trabalho	21	28,4	53	71,6	
Com trabalho	17	15,6	92	84,4	
Aposentado	15	22,1	53	77,9	
<i>Renda familiar (¹)</i>					
Não respondeu	4	36,4	7	63,6	(³)0,006 A < 0
0 – 1	13	28,9	32	71,1	
1 – 3	30	23,6	97	76,4	
3 – 5	5	13,5	32	86,5	
> 5	2	6,3	30	93,7	
<i>Possui dificuldade com transporte para chegar ao Hospital dia</i>					
Não respondeu	2	66,7	1	33,3	(²)0,756
Sim	17	22,1	60	77,9	
Não	35	20,3	137	79,7	
<i>Possui dificuldade para comprar alimentos</i>					
Não respondeu	2	66,7	1	33,3	(²)0,004
Sim	30	30,0	70	70,0	
Não	22	14,8	127	85,2	
<i>Número de refeições diárias</i>					
Não respondeu	2	50,0	2	50,0	(³)0,687
Uma	1	16,7	5	83,3	
Duas	15	26,8	41	73,2	
Três	15	17,2	72	82,8	
Quatro	16	21,3	59	78,7	
Várias vezes ao dia	5	20,8	19	79,2	

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

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

⁽²⁾ Teste Qui-quadrado

⁽³⁾ Teste Qui-quadrado de tendência.

5.4 ADESÃO MÉTODO AUTO-RELATO X CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DOS ENTREVISTADOS

Como ilustrado na tabela 7, não houve diferença estatisticamente significativa na frequência de pacientes não-aderentes em relação aos valores de carga viral e CD4. Porém, pode-se observar que a maior porcentagem dos pacientes aderentes apresentou carga viral indetectável ou até 1000 cópias. O mesmo também foi observado ao analisar o resultado do CD4, onde a maior porcentagem dos pacientes aderentes apresentou a concentração maior que 500 mm³.

Tabela 7 - Distribuição dos pacientes aderentes e não-aderentes conforme os resultados dos exames de Carga Viral (CV) e CD4, Campo Grande – 2007-2008 (n = 252)

Variáveis	Não-Aderentes n=54		Aderentes n=198		p
	Nº	%	Nº	%	
<i>Intervalos dos índices de CV</i>					
Dados indisponíveis	-	-	7	100,0	0,065
Indetectável	27	19,6	111	80,4	
Até 1000	7	16,3	36	83,7	
De 1.001 a 10.000	7	30,4	16	69,6	
De 10.001 a 100.000	8	29,6	19	70,4	
Acima de 100.000	5	35,7	9	64,3	
<i>CD4</i>					
Dados indisponíveis	-	-	7	100,0	0,163
< que 200mm³	16	26,7	44	73,3	
De 201 a 500 mm³	25	23,1	83	76,9	
> que 500 mm³	13	16,9	64	83,1	

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

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

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

Através da tabela 8, foi possível verificar que à medida que aumentou o número de internações, diminuiu o número de pacientes que não aderiram ao tratamento.

Tabela 8 - Distribuição dos pacientes aderentes e não-aderentes conforme algumas características clínicas, Campo Grande - 2007-2008 (n=252)

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

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

(¹) Teste Qui-quadrado

(²) Teste Qui-quadrado de tendência.

Os dados contidos na tabela 9 permitiram observar que houve maior frequência de pacientes considerados não-aderentes dentre os que apresentaram reações adversas aos medicamentos ARVs (28,3%), quando comparados aos que não tiveram reações adversas (12,1%). Isto demonstra que a presença de reações adversas aos medicamentos durante o tratamento é um fator que predispõe a não-adesão. Apesar dos sintomas gastrintestinais de uma forma geral terem sido relatados com maior frequência, tontura foi a reação adversa citada que apresentou maior porcentagem (60,0%) dentre os pacientes considerados não-aderentes.

Tabela 9 – Distribuição dos pacientes aderentes e não-aderentes segundo apresentação ou não de reações adversas relatadas, Campo Grande - 2007-2008 (n=252)

Variáveis	Não-Aderentes n=54		Aderentes n=198		p
	Nº	%	Nº	%	
<i>Apresenta reação adversa</i>					
Sim	41	28,3	104	71,7	0,002
Não	13	12,1	94	87,9	
<i>Principais Reações adversas relatadas⁽¹⁾</i>					
Tontura	6	60,0	4	40,0	-
Sonolência	4	36,4	7	63,6	
Diarréia	13	26,0	37	74,0	
Náusea/Vômito	11	24,4	34	75,6	
Cansaço	8	21,1	30	78,9	
Cefaléia	8	17,0	39	83,0	
Irritação na pele	5	21,7	20	78,3	
Dores musculares	5	20,0	18	80,0	
Outras	15	31,9	32	68,1	

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

⁽¹⁾ cada paciente poderia relatar 1 ou mais reações adversas.

Conforme pode ser observado na tabela 10, dentre todos os outros antirretrovirais o medicamento Lamivudina (81,0%) foi o mais prescrito aos pacientes. Porém, considerando apenas os pacientes não-aderentes, o medicamento Didanosina (33,3%) foi o que apresentou maior porcentagem (33,3%).

Tabela 10 – Distribuição dos pacientes aderentes e não-aderentes conforme os medicamentos utilizados, Campo Grande - 2007-2008 (n=252)

Medicamentos	Não-Aderentes n=54		Aderentes n=198	
	Nº	%	Nº	%
Didanosina	17	33,3	34	66,7
Atazanavir	12	26,1	34	73,9
Estavudina	12	25,5	35	74,5
Abacavir	1	25,0	3	75,0
Lopinavir	25	24,7	76	75,3
Ritonavir	34	23,6	110	76,4
Nevirapina	3	21,4	11	78,6
Zidovudina	33	20,1	131	79,9
Lamivudina	39	19,1	165	80,9
Tenofovir	6	18,7	26	81,3
Efavirenz	14	17,7	65	82,3
Amprenavir	1	16,7	5	83,3
Saquinavir	1	14,3	6	85,7
Enfuvirtida	-	-	4	100,0
Indinavir	-	-	4	100,0
Zalcitabina	-	-	-	-

⁽¹⁾ Cada paciente utilizava mais de um medicamento.

Por meio da tabela 11 observou-se que dentre as associações de medicamentos antirretrovirais utilizadas pelos pacientes, o esquema Lamivudina + Zidovudina + Efavirenz é a associação mais prescrita. Mas quando foram considerados somente os pacientes não-aderentes, a associação Atazanavir + Lamivudina + Zidovudina foi a que apresentou maior porcentagem (33,3%).

Tabela 11 - Distribuição dos pacientes aderentes e não-aderentes conforme as mais freqüentes associações de antirretrovirais, Campo Grande - 2007-2008 (n= 252)

<i>Associações de ARVs mais freqüentes</i>	Não- Aderentes n=54		Aderentes n=198	
	Nº	%	Nº	%
Outros	21	23,3	69	76,7
Atazanavir + Lamivudina + Zidovudina	3	33,3	6	66,7
Didanosina + Estavudina + Lopinavir + Ritonavir	2	28,6	5	71,4
Lamivudina + Lopinavir + Ritonavir + Tenofovir	2	25,0	6	75,0
Lamivudina + Lopinavir + Ritonavir + Zidovudina	10	23,3	33	76,7
Atazanavir + Estavudina + Lamivudina + Ritonavir	2	22,2	7	77,8
Atazanavir + Lamivudina + Ritonavir + Zidovudina	2	20,0	8	80,0
Lamivudina + Zidovudina + Efavirenz	11	18,6	48	81,4
Estavudina + Lamivudina + Lopinavir + Ritonavir	1	11,1	8	88,9
Lamivudina + Nevirapina + Zidovudina	-	-	8	100,0

6 DISCUSSÃO

Conforme evidenciado através dos resultados obtidos neste estudo, a maioria dos entrevistados foi do sexo masculino, concordando com os dados do Boletim epidemiológico 2008 divulgado pelo Ministério da Saúde, onde mostra que os homens apresentam uma maior taxa de incidência de AIDS quando comparados às mulheres. Porém, a razão de sexo (H:M) no Brasil vem diminuindo ao longo da série histórica. Passou de 15 casos em homens para 1 caso em mulher, em 1986, para 15 casos em homens para 10 casos em mulheres, em 2006 (BRASIL, 2008e).

Desde 1993, a forma de contágio através da relação heterossexual corresponde a 86% dos casos de HIV entre mulheres, passando a ser a principal modalidade de exposição a esta doença, superando as relações homossexuais e bissexuais, contribuindo para o aumento de mulheres infectadas pelo HIV (SANEMATSU & VILLELA, 2003). Isto comprova que a transmissão do HIV não acontece apenas mediante contatos esporádicos, profissionais do sexo, mas também, através do próprio parceiro fixo, tanto namorado quanto marido, mudando o conceito de que a AIDS é uma doença de um determinado “grupo de risco”, em geral aquelas pessoas de hábitos não tão bem aceitos pela sociedade (BRASIL, 2008d).

Outro fator de relevância para o aumento de casos envolvendo mulheres infectadas, é a incompatibilidade entre o sentimento da afetividade e a atitude de prevenção ao HIV/AIDS, minimizando assim o poder de negociação e decisão no uso de preservativo (SOUZA, 2005), revelando que o uso do preservativo está intimamente ligado ao tempo de relacionamento, e seu uso acaba por ter como única finalidade a contracepção ao invés da prevenção de possíveis Doenças Sexualmente Transmissíveis (TRINDADE, 2005).

Diante destes fatos, fica registrada uma nova caracterização do perfil dos pacientes HIV positivos, deixando uma grande preocupação, uma vez que o índice elevado entre mulheres significa um possível aumento na transmissão vertical, pois o vírus também pode ser transmitido durante a gravidez, na hora do parto ou na amamentação.

Quanto à idade dos pacientes, foi constatado que a maioria dos entrevistados encontrava-se na faixa etária entre 31 e 40 anos de idade (44,9%), concordando também com os dados do Boletim epidemiológico 2008 divulgado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008e). Observou-se ainda, que concordando com a tendência da epidemia visualizada a partir dos números divulgados nos últimos Boletins epidemiológicos, a AIDS está atingindo a terceira idade. Neste estudo, os pacientes entrevistados que estavam com 51 anos ou mais de

idade, representaram número aparentemente pequeno (10,3%) quando comparados às outras faixas etárias; porém, há 15 anos atrás estes apareciam apenas como traços nas estatísticas (FONTES et al., 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica o envelhecimento em quatro estágios, sendo estes: meia idade (45 a 59 anos), idoso (60 a 74 anos), ancião (75 a 90 anos) e velhice extrema (90 anos em diante) (MAZO et al., 2004).

Segundo dados do Ministério da Saúde, o Brasil contabilizou 47437 casos de AIDS em indivíduos com 50 anos ou mais de idade, sendo 31469 no sexo masculino e 15966 no sexo feminino. A taxa de incidência (por 100.000 hab.) de AIDS nesta faixa etária vem aumentando ano a ano e hoje está em 13,6 (BRASIL, 2008e).

São vários os fatores que contribuem para a infecção pelo vírus HIV em pessoas acima de 51 anos, entre eles estão os avanços da indústria farmacêutica, relacionados a medicamentos para disfunção sexual, a reposição hormonal, o acesso a informações que propiciam uma vida sexual mais ativa e a resistência dessa população ao uso do preservativo (BELAUNDE et al., 2005). É relevante observar que devido à existência de medicamentos mais eficazes, tratamentos modernos que melhoram a qualidade de vida dos pacientes e a distribuição destes em rede pública, a AIDS pode ser considerada uma doença crônica, contribuindo assim para um envelhecimento de pessoas soropositivas que contraíram o vírus na fase adulta, passando a fazer parte do quadro epidemiológico da AIDS na velhice.

O grau de escolaridade tem sido utilizado como uma variante auxiliar na tentativa de traçar o perfil sócio-econômico dos casos notificados. Neste estudo, mais da metade dos entrevistados (53,6%) possuía apenas o ensino fundamental (completo ou incompleto), concordando com Pinto et al. (2007), que relataram que a AIDS encontra-se em indivíduos com menor grau de escolaridade, denominando assim como “pauperização”.

Outro aspecto importante a ser considerado em relação à epidemia da AIDS é a “interiorização”. Porém, neste estudo não foi possível analisar essa variável, pois o objetivo era estudar o perfil dos pacientes atendidos no Centro de Doenças Infecto-parasitárias de Campo Grande. Dos indivíduos entrevistados, 83,7% residiam na capital e 16,3% residiam no interior do estado de Mato Grosso do Sul. Essa porcentagem relativamente alta de pacientes que realizam seu tratamento na capital está relacionada com a falta de infraestrutura no interior do Estado, incluindo a falta de exames laboratoriais, de médicos e de ambulatórios de média complexidade para atender os pacientes soropositivos para HIV e para aqueles que já possuem a doença instalada, sendo necessárias assim ações mais precisas por parte dos Governos Federal e Estadual. Também, muitos destes pacientes do interior realizam seu

tratamento na capital, em busca do sigilo total sobre sua doença, preocupados com o preconceito frente à sociedade do município onde residem.

Quanto à etnia/cor, foi verificada maior frequência da cor branca 45,2%, seguida pela parda 44,5% e 9,9% preta, concordando com a Pesquisa Mensal de Emprego que investigou 39,8 milhões de pessoas com 10 anos ou mais de idade nas seis regiões metropolitanas (São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Salvador, Recife e Porto Alegre) em setembro de 2006, na qual a população declaradamente parda representava 33,2%, preta 9,6% e 56,5% de brancos (BRASIL, 2006). Atualmente, houve melhoria da qualidade dos dados de etnia/cor no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), com redução do percentual de ignorados. Passou de 47,9% em 2000 para 8,8% em 2006 (BRASIL, 2008e). Essa escassez de dados referentes à variável etnia/cor da população estudada, dificultou a elaboração de uma análise mais detalhada sobre o assunto.

Neste estudo, considerando o auto-relato dos pacientes sobre a ingestão dos medicamentos prescritos nos três dias anteriores a entrevista, a não-adesão encontrada foi de 21,5% (IC 95% 16,4% - 26,5%), que é menor que a média encontrada no estudo de revisão realizado por Bonolo et al. (2007) sobre adesão à terapêutica medicamentosa com antirretrovirais, que mostrou que dentre os 43 artigos que apresentaram a incidência ou prevalência da não-adesão, a taxa média foi de 30,4%.

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

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

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

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

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

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

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

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

Quanto à religiosidade, os dados obtidos neste estudo foram semelhantes ao encontrado no estudo de Faria & Seidl, 2006, em que mais de 90% dos pacientes entrevistados possuíam uma crença, mas com predomínio do catolicismo. Os números mostraram também que o fato de o indivíduo possuir uma religião colaborava para a adesão ao tratamento concordando com o estudo mencionado que relatou os benefícios obtidos com o enfrentamento religioso após o diagnóstico de uma doença, incluindo suporte social, sensação de pertencimento e aceitação da doença.

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

Segundo Paterson et al. (2000), adesão baixa ou parcial, em níveis abaixo de 95%, pode permitir replicação viral, redução da taxa de sobrevivência e mutação de linhagens resistentes de HIV. No entanto, embora neste estudo a maioria dos pacientes não-aderentes apresentasse carga viral detectável e CD4 menor que 200mm³, essa correlação não foi estatisticamente significativa. A explicação possível é o intervalo de tempo decorrido entre a data dos últimos exames de carga viral e CD4 efetuado pelos pacientes, que na maioria dos casos divergia de três e seis meses com a data da entrevista, concordando com os resultados obtidos por Lignani et al. (2001). Também, é necessário levar em consideração que alguns pacientes podem apresentar respostas diferentes perante um uso semelhante dos ARV, isto é, alguns sem boa adesão podem ter carga viral indetectável e outros que sejam aderentes podem

não diminuí-la devido à resistência pré-tratamento, uso de esquema pouco potente ou outros fatores (CARACIOLO, 2007).

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

Neste estudo houve maior frequência de pacientes considerados não-aderentes dentre os que apresentaram reações adversas aos medicamentos antirretrovirais. Isto demonstra que a presença de reações adversas aos medicamentos durante o tratamento é um fator que predispõe a não-adesão, concordando com Bonolo et al. (2001).

7 CONCLUSÕES

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

- A maioria dos entrevistados foram indivíduos do sexo masculino, porém com pequena diferença na proporção de mulheres. Houve maior frequência de indivíduos na faixa etária entre 31– 40 anos, mas os números mostraram que a AIDS está atingindo a terceira idade.
- A taxa de não-adesão encontrada neste estudo através do método do auto-relato dos pacientes sobre a ingestão dos medicamentos, foi de 21,5% (IC 95% 16,4% - 26,5%). Em relação à não-adesão na retirada mensal dos medicamentos antirretrovirais na farmácia, a não-adesão foi maior, 43,7% (IC 95% 37,5% - 49,8%).
- Comparando a frequência de pacientes não-aderentes obtida neste estudo através do auto-relato com outros estudos que adotaram metodologia semelhante, concluímos que a adesão ao tratamento com medicamentos antirretrovirais pelos pacientes atendidos no CEDIP é satisfatória, pois o resultado ficou abaixo da média encontrada em outras pesquisas. Porém, o mesmo não aconteceu com o resultado obtido através da análise do comparecimento mensal a farmácia, onde a frequência de não-aderentes ficou acima da média encontrada em outros estudos.
- Quando foi verificada a concordância entre a adesão obtida através do auto-relato com a frequência na farmácia os números preocupam porque apenas 30% dos entrevistados foram considerados aderentes tanto na ingestão dos medicamentos quanto na retirada mensal dos medicamentos antirretrovirais na farmácia.
- Foi verificado que as mulheres, os pacientes que possuíam dificuldades para comprar alimentos e os que sentiam reações adversas aos medicamentos, aderiram menos ao tratamento. Também foi observado que quanto maior a renda familiar, maior é a adesão e que o fato da pessoa possuir uma religião e ter sido internado várias vezes colaborava para melhoria da adesão ao tratamento.

REFERÊNCIAS

Acúrcio FA, Guimarães MDC. Utilização de medicamentos por indivíduos HIV positivos: abordagem qualitativa. Rev. Saúde Pública. 1999; 33(1):73-84.

Belaunde CX, Saito RXS, Moraes TCL. AIDS e Vulnerabilidade na Terceira idade [abstracts 16]. Chamada para elaboração de artigos sobre DST/HIV/AIDS no Brasil de 1º de julho de 2005. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Bonolo PF, Guimarães MDC, Grupo ATAR. Adesão ao tratamento antirretroviral (ARV) em indivíduos infectados pelo HIV em dois serviços públicos de referência, Belo Horizonte (MG), 2001: Análise preliminar [on line]. V Congresso Brasileiro de Epidemiologia; 2002; Curitiba. [acesso em 07 out 2008]. Disponível em: <http://ris.bvsalud.org/finals/BRA-1534.pdf>

Bonolo PF, Gomes RRFM, Guimarães MDC. Adesão à terapia antirretroviral (HIV/AIDS): fatores associados e medidas de adesão. Epidemiol. Serv. Saúde. 2007; 16(4):261-278.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Recomendações para Terapia antirretroviral em Adultos e adolescentes Infectados pelo HIV 2004. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Adesão ao tratamento da AIDS no Brasil é de 73% [homepage na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b [acesso em 15 nov 2006]. Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/imprensa/Noticias.asp?NOTCod=57654>

Brasil. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Estudo especial da PME sobre Cor ou Raça. 2006. [acesso em 01 de mar 2009]. Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=737

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico AIDS e DST. Ano V nº 01. Brasília: Ministério da Saúde; 2008a.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV 2008. Nº 2 7ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008b.

Brasil. Ministério da Saúde. Legislação sobre a compra e distribuição de medicamentos para o tratamento do HIV/AIDS no Brasil [homepage na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008c [acesso em 02 de out 2008]. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/assistencia/legis.htm>

Brasil. Ministério da Saúde. O que é HIV e AIDS [homepage na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008d [acesso em 27 de nov 2008]. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS9C8919D5PTBRIE.htm>

Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico 2008 [homepage na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008e [acesso em 12 mar 2009]. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/main.asp?Team=%7BA76627CD-2D68-49D1-97AF-48955E24AF99%7D>

Brasil. Ministério da Saúde. Política do Programa Nacional de Tratamento [homepage na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009a [acesso em 13 fev 2009]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS9DDD0E43PTBRIE.htm>

Brasil. Ministério da Saúde. História da AIDS [homepage na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009b [acesso em 17 de fev 2009]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS232EC481PTBRIE.htm>

Brasil. Ministério da Saúde. "AIDS: etiologia, clínica, diagnóstico e tratamento" Unidade de Assistência [homepage na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009c [acesso em 25 de fev 2009]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/assistencia/etiologia_diagnostico.htm

Brasil. Ministério da Saúde. Resistência ao preservativo ameaça 72% das cinquentonas [homepage na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009d [acesso em 25 de fev de 2009]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalhes&id_area=124&CO_NOTICIA=2006

Campo Grande. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Municipal de DST/AIDS. Sítio de excelência em Monitoramento e Avaliação em DST/AIDS. Boletim Epidemiológico. Campo Grande: Secretaria Municipal de Saúde, Programa Municipal de DST/AIDS; 2007.

Caraciolo JMM, Silva MHS, Furtado JJD. Manual de Boas Práticas de Adesão – HIV/AIDS. Bristol-Myers Squibb. 2005.

Caraciolo JMM. Adesão aos Anti-Retrovirais. In: Caraciolo, JMM, Shimma E. Adesão: da teoria à prática: experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo. São Paulo, Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. 2007; 10-26.

Cardoso G, Arruda A. As representações sociais da soropositividade entre as mulheres e a adesão ao tratamento. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2003; 11(2):183-199.

Carvalho CV, Duarte DB, Merchan-Hamann E, Bicudo E, Laguardia J. Determinantes da aderência à terapia antirretroviral combinada em Brasília. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(2):593-604.

Ceccato MGB, Acúrcio FA, Bonolo PF, Rocha GM, Guimarães MDC. Compreensão de informações relativas ao tratamento antirretroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(5):1388-1397.

CDC. Pneumocystis Pneumonia - Los Angeles. *MMWR*. 1981; 30(21):1-3.

CDC. Epidemiologic Notes and Reports Persistent, Generalized Lymphadenopathy among Homosexual Males. 1982a; 31(19): 249-51.

CDC. Epidemiologic Notes and Reports Possible Transfusion - Associated Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) - California. 1982b; 31(48):652-4.

CDC. Epidemiologic Notes and Reports Immunodeficiency among Female Sexual Partners of Males with Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) - New York. 1983; 31(52):697-8.

CDC. Twenty-Five Years of HIV/AIDS - United States, 1981—2006. 2006; 55(21):585-589.

Diaz RS. Implicações Clínicas da Resistência aos Antirretrovirais [on line]. Fórum Científico HIV & AIDS [acesso em 07 fev 2006]. Disponível em:
http://www.hiv.org.br/internas_materia.asp?cod_secao=atualiza&cod_materia=326

Faé AB, Oliveira ERA, Silva LT, Cadê NV, Mezdri VA. Facilitadores e Dificultadores da Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial. Rev. enferm. UERJ, jan. 2006, vol.14, no.1, p.32-36.

Faria JB, Seidl EMF. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. Psicologia em Estudo. 2006; 11(1):155-164.

Figueiredo RM, Sinkoc VM, Tomazim CC, Gallani MCBJ, Colombrini MRC. Adesão de pacientes com AIDS ao tratamento com antirretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2001; 9(4):50-55.

FIOCRUZ. Monitoramento da resistência do HIV a medicamentos [on line]. 2008 [acesso em 14 de abr de 2009]. Disponível em:
<http://www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=447&sid=32&tpl=printerview>

Fontes KS, Saldanha AAW, Araújo LF. Representações do HIV na terceira idade e a vulnerabilidade no idoso [on line]. VII Congresso virtual HIV/AIDS: Ciência e Comportamental (Social and Behavioural Science); 2006. [acesso em 19 de fev de 2009]. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/pdf/307.pdf>

Gonçalves Filha J, Daher EF, Silva Júnior GB da, Batista FLR, Araújo SMHA. Avaliação do controle da pressão arterial sistêmica e adesão ao tratamento em pacientes acompanhados em um centro de saúde de Fortaleza, Ceará. Revista Eletrônica Pesquisa Médica [Online] 2:2. 4

Set 2008 [acesso em 08 de abr 2009]. Disponível em:

<http://www.fisfar.ufc.br/pesmed/index.php/rep/article/view/179/188>

Gordis L. Conceptual and methodologic problems in measuring patient compliance. In: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL, editors. Compliance in health care. Baltimore: Johns Hopkins University. 1979; 23-45.

Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. Compliance in health care. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1981. p.516.

Jentzsch NS, Camargos PAM. Métodos empregados na verificação da adesão à corticoterapia inalatória em crianças e adolescentes: taxas encontradas e suas implicações para a prática clínica. J. bras. pneumol. 2008; 34(8): 614-621.

Jordan MS, Lopes JF, Okazaki E, Komatsu CL, Nemes MIB. Aderência ao tratamento antirretroviral em AIDS: revisão da literatura médica. In: Teixeira PR, Paiva V, Shimma E. Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento antirretroviral em São Paulo. São Paulo: Nepaids; 2000. p.5-18.

Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Ciênc. Saúde Coletiva. 2003; 8(3):775-782.

Lignani Jr L, Greco DB, Carneiro M. Avaliação da aderência aos antirretrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/AIDS. Rev. Saúde Pública. 2001; 35(6):495-501.

Mazo GZ, Lopes MA, Benedetti TB. Atividade Física e o Idoso: concepção gerontológica. 2ª ed. Porto Alegre: Sulina; 2004. 1:247.

Monreal MTFD, Cunha RV, Trinca LA. Compliance to Antiretroviral Medication as Reported by AIDS Patients Assisted at the University Hospital of the Federal University of Mato Grosso do Sul. The Brazilian Journal of Infectious Diseases. 2002; 6(1):8-14.

Moriski DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care. 1986; 24(1):67-74.

Narciso MAS, Paulilo MAS. Adesão e AIDS: alguns fatores intervenientes [on-line]. Rev. Serviço Social em revista. 2001; 4(1):27-43. [acesso em 10 fev 2007]. Disponível em: http://www.ssrevista.uel.br/c_v4n1_adesao.htm

Nicastri E, Leoa S, Angeletti C, Palmisano L, Sarmati L, Chiesi A, et al. Sex issues in HIV-1-infected persons during highly active antiretroviral therapy: a systematic review. J Antimicrob Chemother. 2007; 60(4):724-732.

Paterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcome with HIV infection. Ann Inter Med. 2000; 133(1):21-30.

Pinto ACS, Pinheiro PNC, Vieira NFC, Alves MDS. Compreensão da pandemia da AIDS nos últimos 25 anos. DST – J Brás Doenças Sex Transm. 2007; 19(1): 45-5.

Portela MC, Lotrowska M. Assistência aos pacientes com HIV/Aids no Brasil. Rev. Saúde Pública [on line]. 2006; 40(suppl) 70-79. [acesso em 14 de abr de 2009]. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102006000800010&script=sci_arttext&tlng=

Sanematsu M, Villela W. Dossiê Mulheres com HIV/AIDS: Elementos para a construção de direitos e qualidade de vida [on line]. 2003. [acesso em 20 de dez de 2008]. Disponível em: http://www.giv.org.br/publicacoes/dossie_mulheres_com_hiv aids.pdf

Santa Helena ET de, Nemes MIB, Eluf-Neto J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. Rev. Saúde Pública. 2008; 42(4):764-767.

Souza MCP. HIV/AIDS e mulheres: Uma questão de gênero [abstracts 23]. Chamada para elaboração de artigos sobre DST/HIV/AIDS no Brasil de 1º de julho de 2005. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Trindade MP. E agora mulher? Um estudo do comportamento sexual de mulheres em tempos de HIV e AIDS [abstracts 25]. Chamada para elaboração de artigos sobre DST/HIV/AIDS no Brasil de 1º de julho de 2005. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

UNAIDS. Folheto Informativo: VIH, segurança alimentar e nutrição [on line]. 2008. [acesso em 12 de abr 2009]. Disponível em: http://data.unaids.org/pub/Manual/2008/20080501_jc1565_polbr_nutrition_long_pt.pdf.

Valle EA, Viegas EC, Castro CAC, Toledo Jr AC. A adesão ao tratamento. Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica. 2000; 26(3): 83-86.

World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action [on line]. 2003. [acesso em 17 de fev 2009]. Disponível em:
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>

World Health Organization. Global HIV prevalence has leveled off [on line]. 2007. [acesso em 02 de out 2008]. Disponível em:
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr61/en/print.html>

APÊNDICES

APÊNDICE A – ESCLARECIMENTO AOS SUJEITOS DA PESQUISA

Prezado(a) senhor(a), estamos desenvolvendo um estudo cujo título é “ADESÃO AO TRATAMENTO COM MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRAIS PELOS PACIENTES ATENDIDOS NO CENTRO DE DOENÇAS INFECTO-PARASITÁRIAS DO BAIRRO NOVA BAHIA EM CAMPO GRANDE – MS”. Mas, para que seja realizado, será necessário o levantamento de dados, que serão de suma importância para área da saúde do portador do HIV/AIDS, principalmente visando à melhor adesão ao tratamento com os antirretrovirais.

Esta pesquisa tem como objetivo, conhecer e caracterizar o perfil epidemiológico, as práticas, atitudes e dificuldades dos pacientes com AIDS em tratamento com antirretrovirais. Portanto, pretende-se com este estudo buscar informações que nos ajudem a melhorar a adesão do paciente com AIDS ao tratamento proposto e com isso contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida. Para tanto, será necessário entrevistá-lo e pesquisar o seu prontuário médico.

A entrevista será realizada individualmente e em local adequado para a mesma. Esclarecemos que as informações que você nos dará terão uma única finalidade: o desenvolvimento deste estudo. Para tal, garantimos o anonimato, ou seja, não aparecerá em momento algum seu nome ou qualquer outro dado que possa identificá-lo. Garantimos também, que este estudo não lhe causará nenhuma despesa ou dano, e nem lhe dará direito à remuneração ou compensação financeira. Esclarecemos também, que você tem total liberdade para abandonar a entrevista, mesmo se ela não estiver concluída, se assim desejar, sem qualquer prejuízo a continuidade do seu tratamento.

Sendo assim, sua participação e o preenchimento do termo de consentimento é de fundamental relevância para este estudo.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Resolução 196/96 CNS

Eu, _____

declaro que estou ciente dos objetivos da pesquisa intitulada “ADESÃO AO TRATAMENTO COM MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRAIS PELOS PACIENTES ATENDIDOS NO CENTRO DE DOENÇAS INFECTO-PARASITÁRIAS DO BAIRRO NOVA BAHIA EM CAMPO GRANDE – MS”, bem como do seu significado e procedimentos que serão utilizados e aceito participar da mesma enquanto sujeito e, portanto responder às perguntas que fizerem parte da minha entrevista. Estou ciente que será garantido sigilo e o anonimato do informante e que esta pesquisa não me causará exposição ou nenhum dano, seja físico, moral ou financeiro.

Sendo assim, declaro o meu consentimento em usar as minhas respostas, obtidas na entrevista, e também os dados contidos no meu prontuário para os estudos que se fizerem necessários, bem como torná-las pública sem que eu seja identificado.

Concordo, portanto, em participar levando em consideração todos os elementos mencionados, e se necessitar de informações e de esclarecimentos a pesquisadora: Márcia Regina Cardeal Gutierrez Saldanha – Farmacêutica- Bioquímica estará a minha disposição para tal na Secretaria Estadual de Saúde – Coordenadoria de Assistência Farmacêutica, Parque dos Poderes, Bloco VII, Campo Grande – MS. CEP: 79031-902. Fone: (67) 3318-1808, e-mail: marciagutsal@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da U.F.M.S.: (67) 3345-7187

Campo Grande (MS), ____ de _____ de _____.

Assinatura

Obs.: O TCLE deverá ser assinado em 2 vias, sendo uma via do sujeito da pesquisa e a outra do pesquisador.

APÊNDICE C - FORMULÁRIO

1º PARTE	
Nº Prontuário: _____	Estado civil: ☐ Com companheiro(a) ☐ Sem companheiro(a)
Sexo: ☐ M ☐ F	
Idade: _____	Grau de escolaridade: ☐ Não alfabetizado ☐ Ensino fundamental incompleto ☐ Ensino fundamental completo ☐ Ensino médio incompleto ☐ Ensino médio completo ☐ Superior incompleto ☐ Superior completo
Cor: ☐ Branco ☐ Preto ☐ Pardo	
Residência: ☐ Capital (Campo Grande) ☐ Interior do Estado	Religião: ☐ Católico ☐ Não Católico ☐ Sem religião definida
Situação funcional: ☐ Com trabalho ☐ Sem trabalho ☐ Aposentado(a)	Profissão: _____
Renda familiar: R\$ _____	
Número de pessoas que dependem dessa renda: _____	
Possui dificuldade para vir ao CEDIP (Vale transporte)	☐ Sim ☐ Não
Possui dificuldade para comprar alimentos	☐ Sim ☐ Não
Quantas refeições costuma fazer ao dia:	☐ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Quatro ☐ Várias vezes ao dia

2º PARTE

Frequência de comparecimento na farmácia do CEDIP para retirar seus medicamentos

2007												2008											
J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D

Data agendada para retirada do medicamento na farmácia: ____/____/____

Data de comparecimento na farmácia: ____/____/____

Tempo de diagnóstico: _____

Início do tratamento com ARV: _____

Contagem atual de células CD4: _____/mm³

Carga viral: _____ cópias/ml

Data do último exame: _____

Número de hospitalização: _____

1 - Descreva seu tratamento atual:

Medicamento _____	Nº de compr./dia _____	Horários: _____
Medicamento _____	Nº de compr./dia _____	Horários: _____
Medicamento _____	Nº de compr./dia _____	Horários: _____
Medicamento _____	Nº de compr./dia _____	Horários: _____

2 - Qual(is) as principais reações adversas observadas durante seu tratamento?

- | | | |
|---|---|--|
| a) ☐ Cefaléia (Dor de cabeça); | b) ☐ Náusea e vômitos; | c) ☐ Cansaço; |
| d) ☐ Diarréia; | e) ☐ Dores musculares; | f) ☐ Irritação da pele; |
| g) ☐ Nenhuma; | h) ☐ Outras _____; | |

3 - Quando sente alguma dessas reações o que faz?

- | | |
|---|--|
| a) ☐ Deixa de tomar o medicamento; | b) ☐ Diminui a dose; |
| c) ☐ Suspende por alguns dias; | d) ☐ Continua o tratamento normalmente; |

4 - O que costuma fazer quando esquece de tomar seu medicamento na hora certa?

- | | |
|--|---|
| a) ☐ Toma dobrado no próximo horário; | b) ☐ Pula a dose; |
| c) ☐ Pára de tomar; | d) ☐ Outros _____; |
| e) ☐ Toma atrasado; | |

5 - Quando você se sente melhor dos problemas relacionados à doença, costuma parar de tomar os medicamentos?

a) ☐ Sim; b) ☐ Não; c) ☐ Às vezes;

6 - Quantos comprimidos de ARV ingere ao dia: _____(nº de compr.)

7 - Descreva abaixo quantos comprimidos, dose de suspensão de ARV ou solução injetável tomou nos últimos 3(três) dias:

PERÍODO	1º DIA	2º DIA	3º DIA
Manhã ☀			
Tarde ☺			
Noite ☹			

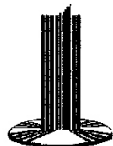
8- Marque abaixo os medicamentos que utiliza:

- | | | |
|---|--|---|
| a) ☐ Abacavir | j) ☐ Nevirapina | ☐ Trat. com 1 ARV |
| b) ☐ Didanosina | k) ☐ Amprenavir | |
| c) ☐ Estavudina | l) ☐ Atazanavir | ☐ Trat. com 2 ARV |
| d) ☐ Lamivudina | m) ☐ Indinavir | |
| e) ☐ Tenofovir | n) ☐ Lopinavir | ☐ Trat. com 3 ARV |
| f) ☐ Zalcitabina | o) ☐ Ritonavir | |
| g) ☐ Zidovudina | p) ☐ Saquinavir | ☐ Trat. com 4 ou + ARV |
| h) ☐ Enfuvirtida | | |
| i) ☐ Efavirenz | | |

Obrigada pela colaboração!

ANEXOS

ANEXO A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa/CEP/UFMS

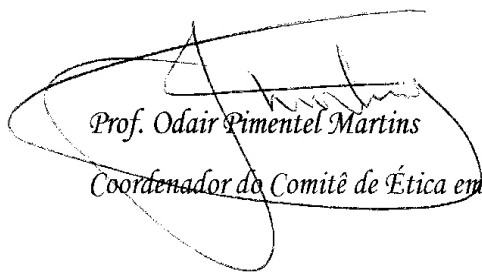


Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Comitê de Ética em Pesquisa /CEP/UFMS



Carta de Aprovação

A minha assinatura neste documento, atesta que o protocolo nº 878 da Pesquisadora Márcia Regina Cardeal Guitierrez Saldanha intitulado “Avaliação do uso de anti-retrovirais pelos pacientes de um Hospital-Dia do Município de Campo Grande-MS”, e o seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram revisados por este comitê e aprovados em reunião ordinária no dia 29 de março de 2007, encontrando-se de acordo com as resoluções normativas do Ministério da Saúde.


Prof. Odair Pimentel Martins

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS

Campo Grande, 29 de março de 2007.

ANEXO B – Autorização da GTEP/SESAU para desenvolvimento da pesquisa

COMUNICAÇÃO INTERNA-GTEP-SESAU n.253/2007

DE: GT Educação Permanente

PARA: Centro de Doenças Infecto parasitárias - CEDIP

ASSUNTO: autorização para pesquisa

Informamos a Vossa Senhoria, que foi autorizado pela SESAU (com parecer favorável da Coordenadoria do Programa Municipal de DST/AIDS) a acadêmica: **Márcia Regina Cardeal Gutierrez Saldanha**, do curso de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro- Oeste da UFMS, a coletar dados para a pesquisa intitulada: **“ Avaliação do Uso de Anti-Retrovirais Pelos Pacientes de Um Hospital – Dia do Município de Campo Grande - MS”**.

Para realização da pesquisa serão entrevistados pacientes, sendo que os mesmos devem concordar em participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.


Maria Neta de Jesus
GT Educação Permanente

DATA DE EXPEDIÇÃO	DATA DE RECEBIMENTO	ASSINATURA DE QUEM RECEBER
07/08/07		