

# Análise de indicadores clínicos e sociais de má adesão à TARV em PVHIV.

## AUTORES

Fábia Junqueira de Tolvo, assistente social, mestranda em Gestão de Organizações de Saúde pela FMRP- USP.

Rodrigo de Carvalho Santana, Prof. Dr. do Departamento de Clínica Médica da FMRP- USP.

## UNIDADES DE TRABALHO ENVOLVIDAS

Centro de Referência em Infectologia de Sertãozinho Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

## RESUMO

O Brasil se destaca dentre os países em desenvolvimento no que diz respeito ao tratamento da infecção pelo HIV. De acordo com dados do Ministério da Saúde, em 2018 cerca de 60% das pessoas vivendo com HIV receberam medicação antirretroviral no país. A TARV é essencial para o controle de replicação do vírus HIV e a consequente recuperação ou prevenção da depleção da imunidade celular. No entanto, o uso irregular destas medicações promove a seleção de variantes virais resistentes, o que leva à falência do tratamento e deterioração clínica. Dessa maneira, a promoção da adesão é uma atividade prioritária das equipes de saúde que lidam com pessoas vivendo com HIV. Neste contexto, o presente estudo se propôs a avaliar fatores relacionados à má adesão à TARV entre PVHIV em um centro de referência localizado no município de Sertãozinho- SP. O estudo apresentado foi do tipo Transversal, onde uma amostra de 143 pacientes do total em seguimento pelo ambulatório foi selecionada, e mediante aplicação de questionário e análise de prontuário foi possível determinar a presença de má adesão ao tratamento ARV, a qual foi definida em 25,87%. Todos os casos incluídos passaram por uma avaliação basal para coleta de dados específicos, mediante termo de consentimento informado. A análise dos resultados deu-se pela comparação das prevalências entre dois grupos, denominados “em má adesão” e “indetectável”, definidos, para fins deste estudo, a partir da quantificação da carga viral (considerou-se indetectável CV < 40 cópias/ml sangue). Diante dos resultados apresentados, foi possível traçar um perfil epidemiológico dos pacientes assistidos pelo ambulatório de Sertãozinho – SP e definir quais fatores clínicos e sociais podem estar relacionados com a má adesão ao tratamento.

**PALAVRAS-CHAVE:** Adesão; Aids; HIV; Equipe de Assistência ao Paciente; Terapia antirretroviral de alta atividade.

## INTRODUÇÃO

Primeiramente identificado nos Estados Unidos no ano de 1983, o vírus HIV foi descrito após relatos de uma doença (aids) que desde o ano de 1981 levava os pacientes infectados ao desenvolvimento de pneumonia por *Pneumocitis jiroveci* e sarcoma de Kaposi<sup>1</sup>. Há relatos dos primeiros casos no Brasil, desde essa época<sup>2</sup>.

Desde o início da epidemia de infecção pelo vírus HIV e a decorrente síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), no início da década de 1980, as políticas públicas adotadas pelo Ministério da Saúde do Brasil foram de grande relevância no combate à doença e merecem reconhecimento. Em 1986, foi criado o Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde que, desde então, implementou diversas estratégias para ampliar o diagnóstico e tratamento da infecção pelo HIV e suas complicações<sup>3</sup>.

Dentre as estratégias, merece destaque o fornecimento gratuito das medicações antirretrovirais (ARV) que se iniciou no país em 1996 com a promulgação da lei federal nº 9.313/96<sup>4</sup>.

Atualmente estão disponíveis cerca de 22 medicamentos que compõem os diferentes esquemas de tratamento fornecidos gratuitamente no país. Quando combinados, esses medicamentos são eficazes na inibição da replicação viral reduzindo a carga viral para níveis indetectáveis, dando ao paciente melhor qualidade de vida além de diminuir a possibilidade de transmissão da infecção<sup>5</sup>.

O Brasil, assumiu compromisso proposto pela Organização das Nações Unidas sobre HIV/aids- UNAIDS, de cumprir metas para combater e reverter a tendência da propagação do vírus HIV, ampliando o acesso ao diagnóstico e a oferta de ARVs- meta 90 90 90, a qual tem como objetivo chegar até o ano de 2020 com 90% das PVHIV sabendo que tem o vírus, destes, 90% tendo acesso a TARV e destes 90% com carga viral indetectável.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, em 2017, cerca de 886 mil indivíduos viviam com HIV no Brasil e desses, 60% receberam medicação ARV<sup>6</sup>. Entretanto, a mortalidade por causas relacionadas à aids ainda é significativa em nosso país, apesar de, nos últimos anos, ter apresentado um decréscimo com coeficiente variando entre 4,8 óbitos por 100 mil habitantes, perfazendo um total de 11.463 notificações de óbitos, relacionados ao HIV no ano de 2017, contrastando com os 9,7 óbitos por 100 mil habitantes notificados ao ano no início da epidemia na década de 1990<sup>7</sup>.

Acredita-se que esse decréscimo no número de óbitos seja em consequência da recomendação “tratamento para todos” instituída em 2013, e que a maioria dos óbitos ainda ocorridos esteja relacionada ao agravamento da imunossupressão por má adesão ao tratamento ou por diagnóstico tardio da infecção pelo HIV.

A adesão ao tratamento deve ser entendida como um processo dinâmico, na qual o paciente e os profissionais compartilham responsabilidades. A equipe considera que o paciente “aderiu ao tratamento”, quando o mesmo faz uso das medicações prescritas na dose certa, no horário correto, seguindo a dieta correta ou jejum, diariamente por um período indeterminado, comparecendo às consultas periodicamente e realizando exames com a mesma frequência para análise de carga viral e taxa de CD4<sup>8</sup>.

Esse conceito de adesão deve ser discutido entre a equipe e o paciente. A dificuldade para se conseguir adesão é variada e envolve várias questões tais como o manejo do esquema de TARV de cada um, e o próprio impacto do HIV na vida do paciente.

Diante do exposto, o desafio está em buscar estratégias específicas que auxiliem a PVHIV a superar barreiras, otimizando seu potencial para adesão por meio do fortalecimento do indivíduo.

De acordo com Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV, do Ministério da Saúde, a recomendação do percentual de doses tomadas para obtenção de resposta terapêutica é de 80% do prescrito<sup>9</sup>. Como forma de aferição de adesão ao tratamento do HIV/aids, além do autorrelato e da avaliação do histórico de retiradas de medicação através da ferramenta SICLOM, há a avaliação por exames laboratoriais como a contagem de linfócitos TCD4+ e quantidade de Carga Viral Plasmática (CV).

Neste contexto, o presente projeto de pesquisa se propõe avaliar os fatores relacionados à má adesão à terapia ARV entre pessoas vivendo com HIV/AIDS em um Centro de Referência localizado em um município do interior do estado de São Paulo.

## JUSTIFICATIVA

A cidade de Sertãozinho, localizada na região nordeste do estado de São Paulo, contava no ano de 2018 com população estimada de 124.453 habitantes<sup>10</sup>.

A atividade econômica do município está voltada ao setor Sucreenergético e ao setor de Tecnologia Agroindustrial.

O Programa Municipal de IST/AIDS e Hepatites Virais, responsável pelo Centro de Referência em Infectologia, foi criado no ano de 1998. Integra a atenção especial em saúde, sendo referência para a microrregião – Horizonte Verde- subdivisão da DRS XIII do estado de São Paulo.

É o único ambulatório especializado para o atendimento de ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis) e doenças infectocontagiosas do município, realizando consultas com agendamento prévio, aconselhamento e orientação em ISTs, bem como atendimento de urgência em casos de Profilaxia Pós Exposição – PEP em situações de acidentes ocupacionais. Realiza testes rápidos, contando com um Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA, que funciona de segunda à sexta-feira, das 7:00 às 16:00 horas. Após esse horário, aos finais de semana e feriados, o atendimento de urgência para exames e início PEP é realizado pela UPA.

Atualmente, estão cadastrados 412 pacientes diagnosticados com HIV (maio 2019), residentes ou não no município. Aproximadamente 60% (252) são do sexo masculino e 40% (160) do sexo feminino (SICLOM).

De acordo com o último Boletim Epidemiológico da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo a cidade de Sertãozinho ocupava o 61º lugar em casos de aids estando ainda em 131º colocado em taxa de incidência por 100 mil habitantes no estado, com um total de 564 casos registrados da doença<sup>11</sup>. Em dois anos, pudemos observar um aumento percentual em 21% nos casos confirmados de HIV em seguimento pelo Ambulatório, sendo 80% (58 casos) do sexo masculino e 20 % (14 casos) do sexo feminino.

No município, assim como na grande maioria dos serviços de saúde que se destinam ao atendimento às PVHIV não há sistematização para aferição da adesão, sendo o autorrelato o principal método utilizado pela equipe para avaliação, seguido da análise dos dados de dispensação de ARV através da ferramenta SICLOM (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos), análise de resultados de exames e avaliação clínica.

A identificação de fatores relacionados à má adesão ao tratamento, apontados pela pesquisa nos embasa com subsídios para a ampliação da atuação da gestão do atendimento, na

implementação de novos protocolos otimizando a estrutura do Centro de Referência, favorecendo a assistência ao paciente.

## OBJETIVO

Identificar fatores relacionados à má adesão à terapia antirretroviral entre pacientes com diagnóstico de infecção pelo HIV em seguimento no Ambulatório de IST/AIDS do município de Sertãozinho.

## METODOLOGIA

Estudo Transversal conduzido no ambulatório do Centro de Referência em Infectologia da cidade de Sertãozinho – SP, no período compreendido entre os meses de setembro de 2017 a julho de 2018, onde foram convidados a participar pacientes com diagnóstico de infecção pelo HIV em seguimento médico no serviço com esquema ARV prescrito há pelo menos 3 meses, realizado mediante a aplicação de um questionário, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com questões relativas ao comportamento e práticas potencialmente associadas à má adesão, possibilitando a verificação da existência de associações, determinando a prevalência de má adesão. Os pacientes incluídos no estudo foram entrevistados pela pesquisadora, no dia de seu retorno médico previamente agendado, não sendo necessário agendamento adicional.

Durante a entrevista foram coletadas informações referentes a fatores clínicos como o tempo de diagnóstico, histórico de doenças oportunistas, doenças crônicas ou transtornos psiquiátricos; informações sobre o padrão de uso das medicações antirretrovirais; uso de drogas e álcool e indicadores socioeconômicos e demográficos (sexo, idade, orientação sexual, identificação étnico-racial, convívio familiar, escolaridade, situação no mercado de trabalho e renda). Informações adicionais quanto à contagem de células T CD4+ e carga viral do HIV foram coletadas dos registros do prontuário.

Dados sobre a retirada mensal das medicações antirretrovirais foram obtidos através de consulta pelo site SICLOM.

O cálculo do tamanho amostral foi realizado com base na definição de que a população geral do estudo, ou seja, o número de pacientes em seguimento no referido ambulatório à época do estudo era de 340. Considerou-se ainda que o percentual estimado de pacientes em má adesão ao tratamento ARV era de 20% do total de pacientes em seguimento.

Estimando-se um erro amostral de 5% e nível de confiança de 95% temos uma amostra calculada de 143 participantes.

### ***Critérios de Inclusão***

- Diagnóstico confirmado de infecção pelo vírus HIV;
- Consentimento informado;
- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Seguimento no Ambulatório de IST/AIDS de Sertãozinho SP;
- Ter esquema antirretroviral prescrito há pelo menos 3 meses.

### ***Critérios de exclusão***

- Abandono ou óbito;
- Deteção em sistema prisional no momento da seleção do estudo.

### Considerações éticas

Protocolo e TCLE devidamente aprovados em PROCESSO HCRP n° 10866/2017, em 16/10/2017.

### RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 143 pacientes, de um total de 340, entre os meses de setembro de 2017 a julho de 2018. Após análise estatística, definiu-se que 74,13% da amostra foi considerada como de pacientes indetectáveis e 25,87% de pacientes em má adesão.

No estudo verificou-se predomínio de pacientes do sexo masculino (52,45%), com média de idade entre 42 anos, onde a maioria (48,25%) no critério identidade étnico racial se auto declarou pardo, tendo em média até 7 anos de ensino completo. Dados epidemiológicos do Brasil mostram que a maior concentração de casos notificados entre os anos de 2007 a 2017, eram do sexo masculino (67,9%), na faixa etária entre 25 a 39 anos, com ensino fundamental incompleto e que se declararam pardos.

Observou-se queda na média de anos de estudo concluídos no grupo que apresentou má adesão, sendo a média de apenas 6 anos.

Quanto ao convívio familiar, em média cada paciente convive com mais 2,75 e 60% não convive com companheiro. Dos que convivem com companheiro, 65% são sorodiscordantes.

O estudo detectou que fatores como critério de renda e condições de moradia são indicadores de má adesão onde o grupo indetectável apresenta média de rendimentos mensais por família equivalentes ao dobro do valor apresentado pelo grupo em má adesão (Tabela 1). Outro fator relativo à renda foi quanto a ter ou não fonte de renda com associação de significância estatística entre as amostras.

QUANT carga viral	Variável	N	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Indetectável	TOTAL RENDA (número de salários mínimos)	106	1,69	1,22	0	1,5	5,5
Má adesão	TOTAL RENDA (número de salários mínimos)	37	0,77	0,8	0	1	3,5

Ainda sobre esse indicador, 55% da amostra em má adesão vive em imóvel alugado ou cedido e 1% está em situação de rua (Tabela 2).

FONTE RENDA	QUANT carga viral			Valor-p
	Indetectável	Má adesão	Total	
NÃO	24 (22,64%)	17 (45,95%)	41	0,01
SIM	82 (77,36%)	20 (54,05%)	102	
Total	106	37	143	
BENEFICIO ASSIST	QUANT carga viral			Valor-p
	Indetectável	Má adesão	Total	
NÃO	57 (53,77%)	16 (43,24%)	73	0,34
SIM	49 (46,23%)	21 (56,76%)	70	
Total	106	37	143	
SIT. MORADIA	QUANT carga viral			Valor-p
	Indetectável	Má adesão	Total	
ALUGUEL/CEDIDO	55 (51,89%)	17 (45,95%)	72	0,03
PROPRIO	50 (47,17%)	16 (43,24%)	66	
SIT. RUA	1 (0,94%)	4 (10,81%)	5	
Total	106	37	143	

Sobre receber ou não benefícios assistenciais, não se observou significância estatísticas entre as amostras o que sugere que a Política de Assistência Social, responsável pela oferta de segurança de renda dos pacientes envolvidos no estudo, não contempla a amostra em má adesão em sua totalidade, havendo a necessidade de discussão pela rede de atenção entre as políticas de Assistência Social e de Saúde. Um dado importante sobre PVHIV e sua faixa etária de prevalência é a falta de políticas de inclusão social, pois grande parte dessa população não atende aos critérios de elegibilidade para a maioria dos programas sociais hoje disponíveis, e também, devido à crise econômica que atingiu particularmente a região de Sertãozinho, muitos pacientes não conseguem colocação no mercado de trabalho.

Outro agravante que se insere nessa discussão é a recente revisão de benefícios e aposentadorias por invalidez pelo INSS, somados à também recente reforma Trabalhista e seus desdobramentos onde alguns dos pacientes incluídos no estudo perderam sua condição de segurados pelo INSS (auxílio-doença) e que, até o momento da entrevista, ainda não haviam conseguido outro tipo de “amparo” social.

Outro dado revelado pelo estudo foi a frequência de uso de álcool relacionada a má adesão à TARV, onde dos 51,04% que relataram fazer uso, 22 pacientes compõe o grupo em má adesão, caracterizando 59% daquela amostra, e desses, 57% fazem uso de álcool diária ou semanalmente. A associação dessa variável e as falhas na adesão vem sendo abordadas em vários estudos, onde o consumo de álcool mesmo em situações não abusivas, tem se mostrado um indicador de má adesão à TARV<sup>12,13</sup>.

Quanto ao uso e frequência de uso de drogas, o estudo não revelou dados significativos, o que diverge de outros estudos<sup>14</sup> e que pode significar que o programa não está atingindo populações-chaves em sua atuação frente a política de redução de danos, uma vez que na amostra geral, 78,32% dos entrevistados declararam não fazerem uso de drogas, o que demonstra a necessidade de um redirecionamento nas estratégias de atuação.

O estudo revelou também que pacientes em má adesão faltaram às consultas e ou coletas agendadas 3 vezes mais que os pacientes considerados indetectáveis.

Nos registros de retirada de medicação (SICLOM), verificamos que 48,65% dos pacientes em má adesão deixaram de retirar a medicação, sendo esse um indicador de má adesão com associação de significância estatística e outros 70,27% do mesmo grupo refere ter esquecido de tomar pelo menos 1 dose da medicação por 4 dias consecutivos no intervalo de 3 meses<sup>14</sup>.

Na análise de identidade de gênero e orientação sexual, o estudo não teve representatividade de lésbicas, travestis e transexuais com 80% da amostra geral de heterossexuais, seguindo a tendência nacional com predomínio de categoria de exposição em homens, heterossexuais<sup>11</sup>. Esses fatores não apresentaram significância no comparativo entre os grupos indetectável e em má adesão.

Sobre a não representatividade de travestis e mulheres trans no estudo, evidencia-se outro indicador da necessidade de reordenamento e implementação de ações de redução de danos, entre a parceria com a sociedade civil através das ONGs buscando integração com essa população.

Quanto ao ano de diagnóstico a amostra geral foi dividida entre pacientes que foram diagnosticados antes e após o ano de 2010, sendo que a maioria, 62,64% dos pacientes entrevistados receberam seu diagnóstico após o ano de 2010. Essa variável não apresentou associação de significância estatística para má adesão.

A maioria dos pacientes, 60%, refere não ter outras doenças crônicas associadas, e 53,85% refere não apresentar transtornos psiquiátricos.

Quanto aos níveis de T CD4+ a amostra geral apresentou média de 620,43 por mm de sangue. No grupo indetectável, esses índices se apresentam em maiores níveis, com média de 692,42/mm. No grupo em má adesão esses índices se apresentam em níveis inferiores, com média de 414,14/mm.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do presente estudo pudemos identificar que 25,87% da amostra está em má adesão considerando os níveis de detecção de carga viral, e que a relação entre a má adesão está condicionada aos seguintes fatores, os quais seguem elencados:

- Critério de renda e condições de moradia;
- Frequência de uso de álcool: substância psicoativa de fácil acesso, com pouca oferta de tratamento no município.
- Pouca representatividade da população LGBTI: evidenciando-se a necessidade de ampliar a parceria com as ONGs, aproximando as ações do programa com as populações chaves.
- Pouca representatividade de usuários de drogas: outro dado a ser discutido diante da necessidade de se ampliar ações de redução de danos junto a populações chaves;
- Não retirada da medicação na data estabelecida: demonstra a importância em se trabalhar a adesão em sentido amplo, promovendo a discussão entre equipe, paciente, família e rede de apoio;
- Sobre o paciente declarar que “esqueceu de tomar a medicação”, reiterando os itens anteriores, a ingestão da medicação é o grande desafio do trabalho das equipes que promovem adesão.
- Predomínio de casais sorodiscordantes: o estudo mostrou que 65% dos pacientes que vivem com companheiro são sorodiscordantes. Este indicador em consonância com o que se evidenciou no indicador sobre a população LGBTI, direcionou a discussão da coordenação do programa com o gestor de saúde do município, sobre a pactuação do Centro de Referência para dar início às ações de Profilaxia Pré Exposição – PreP, ainda no ano de 2019.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CENTERS FOR DISEASE CONTROL- CDC. Kaposi's sarcoma and Pneumocystis pneumonia among homosexual men- New York City and California. MMWR Morb Mortal Wkly Rep, Atlanta, v. 30, n. 25, p. 305-308, jul. 1981.
2. HOFFMAN, C. J.; GALLANT, J. E. HIV and Aids. ACP Medicine, Philadelphia, p. 1-33, 2007.
3. BRASIL. Programa Nacional de DST/Aids: diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV/Aids. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, 2007.
4. BRASIL. Lei n. 9313 de 13 de novembro de 1996: dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9313.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9313.htm). Acesso em: 05 de maio de 2019.

5. CECCATO, M. G. B. et al. Compreensão de informações relativas ao tratamento antirretroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1388-1397, out. 2004.
6. BRASIL. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS- 2018. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletimepidemiologico-hi-vaids-2018>. Acesso em: 02 abr. 2019.
7. BRASIL. Programa Nacional de DST/Aids: diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV/Aids. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, 2007.
8. BRASIL. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Programa Nacional de DST e Aids, 2008.
9. BRASIL. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2013. (Atualizado em 2015).
10. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Brasil em síntese: anos de estudo. Brasília: Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Disponível em: <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/educacao/anos-deestudo.html>. Acesso em: 02 abr. 2019.
11. SÃO PAULO. Boletim Epidemiológico CRT- PE- DST/AIDS/CVE. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, Ano XXXIV, n. 1, jun. 2017.
12. REGO, S. R. M. et al. Estudo do autorrelato de adesão e uso problemático de álcool em uma população de indivíduos com AIDS em uso de HAART. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 60, n. 1, p. 46-49, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852011000100009>. Acesso em: 27 jun. 2019.
13. REGO, S.; REGO, D. M. S. Associação entre uso de álcool em indivíduos com AIDS e adesão ao tratamento antirretroviral: uma revisão de literatura. *J bras psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 1, p. 70-73, 2010.
14. SAUCEDA, J. A.; NEILANDS, T. B.; JOHNSON, M. O.; SABERI, P. An update on the Barriers to Adherence and a Definition of Self-Report Non-adherence Given Advancements in Antiretroviral Therapy (ART). *AIDS Behav*, New York, v. 22, n. 3, p. 939-947, Mar. 2018.