

**AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO COM
ANTIRRETROVIRAIS EM PESSOAS VIVENDO COM HIV
ATENDIDAS NO CENTRO DE CONTROLE DE AGRAVOS DE
PINHAIS**

Evaluation of the adherence to antiretroviral treatment of people living with HIV
treated at The Center for Disease Control in Pinhais

Gilson Engelkes Salgado De Souza
Adriana De Oliveira Christoff

RESUMO: Introdução: A pesquisa teve por objetivos avaliar a adesão medicamentosa das pessoas que vivem com o vírus HIV aos protocolos terapêuticos, atendidos no Centro de Controle de Agravos de Pinhais-PR, além de esclarecer a farmacologia dos protocolos utilizados na unidade e determinar a adesão dos tais e suas justificativas. A pesquisa contou com um estudo sobre o tema e com a aplicação de um questionário à 51 pacientes em tratamento na unidade. Dos participantes, foram abordados pacientes de quatro protocolos medicamentosos diferentes. A porcentagem de adesão medicamentosa total foi 93,5%. Individualmente, os protocolos demonstraram que: protocolo 3 teve uma ótima adesão, apresentando 96,7%. Entretanto, o protocolo 2 apresentou a menor adesão, com 91,5%, resultado justificado pela complexa posologia, obrigatoriedade de ingestão acompanhada de alimento e apresentação de efeitos colaterais. Conclui-se que o processo de adesão é um evento dependente de variáveis como posologia, conhecimento, aceitação, comprometimento e assistência multidisciplinar.

Descritores: Antirretrovirais; HIV; Tratamento; Adesão.

ABSTRACT: Introduction: The research aimed to evaluate the drug adherence of the people living with the HIV virus to therapeutic protocols, seen at the Center for Disease Control in Pinhais-PR, as well as to clarify the pharmacology of the protocols used at the unit and determine the adherence of such patients and their justifications. The research included a study on the theme and the application of a questionnaire to 51 patients being treated at the unit. Of

the participants, patients from four different drug protocols were included. The percentage of total medication adherence was 93.5%. Individually, the protocols showed that protocol 3 (TDF+3TC-DRV/RTV) had an excellent compliance, with 96.7%. However, protocol 2 (TDF+3TC-ATV/RTV) showed the lowest adherence, with 91.5%, a result justified by the complex dosage, mandatory ingestion accompanied by food and side effects. We conclude that the adherence process is an event dependent on variables such as dosage, knowledge, acceptance, commitment, and multidisciplinary assistance.

Descriptors: Antiretrovirals; HIV; Treatment; Adherence.

INTRODUÇÃO

As primeiras descrições do que viria mais tarde a ser conhecido como Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) aconteceram a partir da década de 1980, quando foram inicialmente retratados e estudados casos de imunodeficiência grave em pacientes previamente saudáveis e que tinham em comum, laboratorialmente, diminuição da contagem de linfócitos T¹. O registro de quadros semelhantes de imunossupressão possibilitou a definição das vias de transmissão da doença: parenteral e sexual, uma vez que foram observados em indivíduos hemofílicos, usuários de drogas injetáveis, indivíduos homossexuais e pacientes que haviam recebido transfusões de sangue ².

O agente etiológico da AIDS foi, então, denominado como vírus da imunodeficiência humana (HIV) em 1986 e, nesse momento, a taxa de mortalidade dele no Brasil era de 34,4% ³. A infecção pelo HIV pode levar ao desenvolvimento da AIDS, uma doença crônica caracterizada pela perda de linfócitos TCD4⁺ e consequente distúrbio imunológico, o que deixa o indivíduo mais propenso ao progresso de formas graves de doenças infecciosas controláveis ¹.

Atualmente, é conhecido que o HIV é um vírus da família Retroviridae, subfamília Orthoretrovirinae e gênero Lentivirus, devido a sua forma de replicação lenta. Além disso, são observados dois tipos: HIV-1 e HIV-2, sendo o primeiro o mais virulento e mais globalizado, enquanto o tipo 2 é endêmico da África Ocidental e as evidências indicam ser menos patogênico ¹.

Devido à alta taxa de mortalidade, era de suma importância a descoberta de medicamentos eficazes para o controle da replicação viral. Então, logo após sua definição em 1986, um medicamento já existente, Zidovudina (AZT) ⁴, utilizado em estudos para pacientes

com câncer, que, devido à alta toxicidade foi interrompido, começou a ser testado para infecções virais em modelos animais e demonstrou eficácia, possibilitando assim o início da utilização do AZT em testes para pacientes portadores do HIV, pois mostrou-se capaz de prolongar a vida dos infectados. Assim aconteceu até 1991, quando um novo protocolo de tratamento foi autorizado pelo órgão regulador estadunidense (Food and Drug Administration - FDA), responsável pela regulação de medicamentos e alimentos no país¹. Já em 1992, o tratamento para a AIDS foi incluído na tabela do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e, desde então, o sistema tem sido modelo mundial para o tratamento da doença⁵.

Atualmente, são disponibilizados pelo SUS em alcance nacional diversos medicamentos antirretrovirais, desenvolvidos para retardar a replicação de retrovírus, sendo aplicados em protocolos definidos de acordo com as características dos pacientes, entre eles: 1. Dolutegravir sódico e Fumarato de Tenofovir Desoproxila + Lamivudina (TDF+3TC-DTG): tratamento inicial recomendado para pacientes diagnosticados com HIV, o Dolutegravir tem como mecanismo de ação inibir a enzima integrase, responsável pela inserção do genoma viral na célula humana, enquanto a combinação Tenofovir + Lamivudina age de maneira a inibir a enzima transcriptase reversa, responsável pela replicação intracelular do vírus⁶; 2. Sulfato de Atazanavir, Fumarato de Tenofovir Desoproxila + Lamivudina e Ritonavir (TDF+3TC-ATV/RTV): tratamento indicado para pacientes diagnosticados com HIV que tenham hipersensibilidade a qualquer componente do protocolo 1, pacientes grávidas ou pacientes que tenham apresentado falha viral (detecção do vírus no organismo) com o tratamento prévio, este protocolo também visa a inibição da replicação viral, a partir da inibição da enzima protease pelo Atazanavir e pelo Ritonavir e da transcriptase reversa pelo Tenofovir + Lamivudina⁷; 3. Darunavir, Fumarato de Tenofovir Desoproxila + Lamivudina e Ritonavir (TDF+3TC-DRV/RTV): tratamento recomendado para pacientes diagnosticados com HIV que apresentaram falha de tratamento, seu mecanismo de ação inclui inibição de enzimas de replicação (transcriptase reversa e protease) e inibição seletiva das poliproteínas responsáveis pela formação de partículas virais infecciosas maduras⁸; 4. Efavirenz, Tenofovir Disoproxil Fumarato + Lamivudina (TDF+3TC-EFZ): tratamento recomendado para pacientes diagnosticados com HIV independentemente da idade e que não tenham dano hepático pré-existente, uma vez que é a combinação de 3 fármacos em 1 comprimido. O mecanismo de ação dessa combinação é a inibição da transcriptase reversa⁹. Além disso, é realizado

acompanhamento laboratorial para controle da carga viral presente no organismo e do funcionamento do sistema imunológico, com dosagens séricas de linfócitos TCD4⁺ ¹⁰.

Os tratamentos disponibilizados são responsáveis pela drástica diminuição da taxa de mortalidade dessa doença, alcançando 9,84% em 2018, uma diminuição de 29,16% em 32 anos, a nível mundial ¹¹. Entretanto, o sucesso dos tratamentos depende diretamente da adesão ao mesmo, ou seja, utilizar corretamente os medicamentos antirretrovirais da forma mais próxima possível àquela prescrita pelo médico responsável pelo tratamento, respeitando as doses, horários e demais indicações ¹². Seguir tais orientações é essencial para que a replicação do vírus seja controlada e os níveis de TCD4⁺ sejam satisfatórios de modo a manter o sistema imune funcional.

Com esses números em consideração, em 2014 a UNAIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS) definiu a meta 90-90-90, na qual objetivava que 90% das pessoas vivendo com HIV conhecessem seu diagnóstico; 90% das pessoas que soubessem de sua soropositividade recebessem a Terapia antirretroviral (TARV) ininterruptamente e, destas, 90% teriam sua carga viral suprimida até 2020. Para cumprir essas metas, a adesão ao tratamento foi a principal metodologia utilizada nos países presentes no compromisso. O Brasil, teve destaque nos primeiros relatórios, porém a meta final não foi alcançada ^{13,14}.

A não adesão ao tratamento medicamentoso pode acarretar no aumento da carga viral presente no organismo e conseqüente enfraquecimento das respostas imunológicas, o que facilita a implantação de doenças oportunistas ¹⁵. Entre as causas da não adesão ou da adesão incompleta dos protocolos farmacológicos estão: complexidade do esquema terapêutico (diferentes fármacos e quantidade de doses), não aceitação da soro-positividade, efeitos colaterais dos medicamentos, abuso de álcool ou outras drogas, medo de sofrer discriminação, precariedade ou ausência de suporte social e relação insatisfatória do paciente com os profissionais de saúde e com os serviços prestados ¹⁰.

Dessa forma, nesse trabalho foi abordado a forma que o tratamento é realizado e todos os conceitos e variáveis relacionados. Portanto, o objetivo da pesquisa foi observar e identificar os níveis de adesão ao tratamento medicamentoso de pessoas vivendo com HIV que realizam acompanhamento no Centro de Controle de Agravos (CCA) municipal de Pinhais-PR, assim como, discutir como os protocolos farmacêuticos estão relacionados à adesão.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa, que teve como finalidade identificar, registrar e analisar os níveis de adesão a tratamentos medicamentos a partir de levantamento de dados e de aplicação de questionários a voluntários.

Os indivíduos diagnosticados com HIV tipo 1 que foram ao CCA entre os meses de janeiro e abril de 2021, foram abordados logo após consulta médica de rotina, em local reservado, receberam uma breve explicação sobre a pesquisa e em seguida foram convidados a participar da mesma. Após a aceitação do convite e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi orientado aos pacientes acerca do preenchimento dos questionários, os quais foram autoaplicáveis. O questionário era objetivo e continha 21 questões que caracterizavam conceitos utilizados para avaliar numericamente a adesão ao tratamento. O questionário utilizado foi uma combinação de instrumentos adaptados e validados no Brasil pelo Ministério da Saúde ¹⁶, sendo eles: *Beliefs About Medications* ¹⁶ e *Adherence to Refills and Medications Scale*¹⁷.

O questionário *Beliefs About Medications (BMQ)* foi utilizado em sua totalidade conforme disponibilizado pelo Ministério da Saúde, enquanto o questionário *Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS)*, foi adaptado para o público-alvo, sendo excluídas questões sobre: formas de obtenção do medicamento (visto que os fármacos utilizados pelos voluntários da pesquisa são fornecidos gratuitamente pelo SUS) e ingestão do mesmo medicamento mais de uma vez ao dia (já que apesar de protocolos com mais de um medicamento, o mesmo não se repete ao dia).

O questionário foi aplicado à 10% do total de pacientes que atendiam os critérios de inclusão para a pesquisa: maior de 18 anos, em uso de algum dos quatro protocolos selecionados para o estudo e em tratamento há no mínimo um ano e meio, totalizando 510 pacientes. A amostra de 10% foi definida com base nas condições logísticas da pesquisa, ou seja, conforme disponibilidade dos voluntários e dos pesquisadores, além de serem ponderadas questões relacionadas à pandemia de COVID-19. Os critérios que definiram a exclusão do convite ou da participação foram: pacientes que realizam tratamentos com protocolos diferentes dos estudados nessa pesquisa e pacientes portadores de alguma coinfeção (como hepatite e tuberculose). Logo, a amostra estudada foi composta por 51 pacientes.

O convite aos pacientes se deu conforme agendamento de consulta no CCA, quando 10% dos pacientes do grupo eram entrevistados, por ordem de atendimento, a amostra era completa. Os tais foram subdivididos em quatro grupos de análise, conforme o protocolo de

tratamento submetido, cada qual com 10% dos indivíduos tratados dentro dos mesmos, conforme segue: Grupo 1 - TDF+3TC-DTG com 23 pacientes; Grupo 2 - TDF+3TC-ATV/RTV com 13 pacientes; Grupo 3 - TDF+3TC-DRV/RTV com 3 pacientes; Grupo 4 – TDF+3TC-EFZ com 12 pacientes. Todos os pacientes voluntários responderam às 21 questões, essas divididas em 4 grupos, necessidade (N), preocupação (P), tratamento (T), refil (R). Os resultados foram obtidos a partir de análises quantitativas, em concordância com o manual disponibilizado pelo Ministério da Saúde¹⁶.

Os dados sociodemográficos foram coletados por meio da análise dos prontuários dos pacientes que responderam às entrevistas, logo após a mesma. Estes, foram disponibilizados pelo CCA e pelos pacientes com autorização, por meio da assinatura de TCLE, termo de responsabilidade e respeitando a privacidade e identidade dos tais.

Os questionários foram avaliados como adesão ou não adesão a partir do escore pré-definido para cada. Foi então calculada a média de adesão por item, em seguida por critério e, após, por protocolo. Logo, a taxa de adesão total foi obtida a partir da média de adesão dos quatro protocolos¹⁶.

A presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Centro Universitário Autônomo do Brasil – UniBrasil, sob o parecer N° 4.434.640.

RESULTADOS

Dos 51 participantes da pesquisa, uma amostra de 10% do total de pacientes que frequentam e utilizam os serviços de acompanhamento de saúde no departamento objeto de estudo, 15 (29%) tinham idade entre 20 e 30 anos, 21 (41%) eram do sexo feminino e 23 (45%) faziam uso do protocolo medicamentoso 1 – TDF+3TC-DTG (Tabela 1).

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficos dos pacientes HIV-positivos atendidos no Centro de Controle de Agravos (CCA) de Pinhais, 2021.

Variáveis	TDF+3TC-DTG		TDF+3TC-ATV/RTV		TDF+3TC-DRV/RTV		TDF+3TC-EFZ	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo								

Feminino	10	43,5	6	46,2	1	33,3	4	33,3
Masculino	13	56,5	7	53,8	2	66,7	8	66,7
Total	23	100	13	100	3	100	12	100
Faixa etária								
Entre 20 e 30 anos	8	34,8	3	23	2	66,7	2	16,7
Entre 31 e 40 anos	7	30,4	0	0	1	33,3	3	25
Entre 41 e 50 anos	4	17,4	4	30,8	0	0	3	25
Entre 51 e 60 anos	3	13,1	4	30,8	0	0	3	25
Entre 61 e 70 anos	1	4,3	2	15,4	0	0	1	8,3
Média de idade (anos)	37,3		47,4		28,7		43,6	
Fonte: Dados da pesquisa								

Em relação aos questionários adaptados para a pesquisa *-BMQ e ARMS-*, o primeiro abordou critérios de N-Necessidade e P-Preocupação, os quais demonstram em cinco e seis itens, respectivamente, se o paciente compreende a necessidade do uso correto de suas medicações e se suas preocupações sobre seu tratamento podem interferir negativamente na adesão ao mesmo, e o último inferiu sobre o tratamento e continuidade do mesmo, com também dois critérios: T-Tratamento, que discorre em 9 itens se o paciente compreende as diretrizes terapêuticas propostas à ele e o seguinte, R-Refil, que em 3 itens demonstra se o indivíduo segue ininterruptamente seu tratamento, tendo sempre reservas de seus medicamentos^{17,18}. A distribuição média de pacientes aderentes a cada critério pode ser observada na tabela 2.

Tabela 2: Distribuição da adesão por item por critério dos questionários) BMQ (<i>Beliefs About Medications</i>) e ARMS (<i>Adherence to Refills and Medications Scale</i>) de cada protocolo medicamentoso				
	TDF+3T C-DTG	TDF+3T C-	TDF+3T C-	TDF+3T C-EFZ

		ATV/RT V	DRV/RT V	
Itens	%	%	%	%
Necessidade				
N1-Atualmente, a minha saúde depende destes medicamentos	95,7	100	100	91,7
N2-A minha vida seria impossível sem estes medicamentos	87,0	92,3	100	75
N3-Sem estes medicamentos, eu estaria muito doente	87,0	100	100	100
N4-A minha saúde no futuro dependerá destes medicamentos	100	100	100	91,7
N5-Estes medicamentos protegem-me de ficar pior	100	100	100	100
Preocupação				
P1-Ter que tomar estes medicamentos me preocupa	73,9	76,9	100	91,7
P2-Às vezes os efeitos em longo prazo destes medicamentos me preocupam	82,6	69,2	100	75
P3-Estes medicamentos são um mistério para mim	87,0	61,5	100	83,3
P4-Estes medicamentos perturbam a minha vida	82,6	84,6	100	91,7
P5-Às vezes me preocupo em ficar muito dependente destes medicamentos	60,9	84,6	100	91,7
P6-Estes medicamentos me dão efeitos colaterais desagradáveis	91,3	76,9	100	91,7
Tratamento				
T1-Esquece de tomar seus medicamentos	100	100	100	100

T2-Decide não tomar seus medicamentos naquele dia	100	100	100	100
T3-Deixa de tomar seu medicamento porque vai a uma consulta médica	100	100	100	100
T4-Deixa de tomar seu medicamento quando se sente melhor	95,7	100	100	100
T5-Deixa de tomar seu medicamento quando se sente mal ou doente	100	100	100	100
T6-Deixa de tomar seu medicamento quando está mais descuidado consigo	100	100	100	100
T7-Muda a dose do seu medicamento por alguma necessidade	100	100	100	100
Refil				
R1-Esquece de ir à farmácia pegar seus medicamentos	100	100	100	91,7
R2-Deixa acabar seus medicamentos?	100	100	100	91,7
R3-Se antecipa e busca seu medicamento na farmácia antes de acabar em casa	91,3	76,9	66,7	91,7
Nota: Grupo 1-N 23/Grupo 2-N 13/Grupo 3-N 3/Grupo 4-N 12;				
Fonte: Dados da pesquisa				

A avaliação do nível geral de adesão variou entre 91,5% e 96,7% (Tabela 3), sendo que a média de pacientes classificados como aderentes no total dos protocolos foi de 47,3 (93,5%), enquanto o número de pacientes classificados como não aderentes ao tratamento foi de 3.7. Já a porcentagem de paciente que aderiram o protocolo de quimioterapia antirretroviral, independentemente do tipo de protocolo, foi de 93,5%.

Tabela 3 - Adesão medicamentosa de cada protocolo terapêutico de acordo com os questionários *BMQ* e *ARMS*

Adesão	N	%
TDF+3TC-DTG	21,3±2,4	92,6
TDF+3TC-ATV/RTV	11,9±1,6	91,5
TDF+3TC-DRV/RTV	2,9±0,2	96,7
TDF+3TC-EFZ	11,2±0,8	93,3
Não adesão	N	%
TDF+3TC-DTG	1,7±2,4	7,4
TDF+3TC-ATV/RTV	1,1±1,6	8,5
TDF+3TC-DRV/RTV	0,1±0,2	3,3
TDF+3TC-EFZ	0,8±0,8	6,7

Fonte: Dados da pesquisa

A partir desses resultados, foi elaborado um quadro para melhor visualização dos componentes que podem influenciar na adesão ao tratamento e suas discussões.

Quadro 1 – Comparativo entre os indicadores para justificativa de adesão ou não dos protocolos medicamentosos

Indicadores	TDF+3TC - DTG	TDF+3TC - ATV/RTV	TDF+3TC - DRV/RTV	TDF+3TC - EFZ
Nº de pacientes	23	13	3	12
Taxa de adesão	92,6%	91,5%	96,7%	93,3%
Comprimidos /dia	2	3	2	1
Ingestão c/ comida	Com ou Sem	Com	Com	Com ou Sem
Contraindicação	Insuficiência renal	Insuficiência renal	Doenças/remédios	Início da terapia
Efeitos	Insônia e Cefaleia	Rash e aumento de gordura visceral	N/A	N/A
Particularidades				

	Padrão para início de tratamento	Indicado quando há falha do protocolo anterior	Distribuição a partir de 2017	"3 em 1" a partir de 2013
Fonte: Dados da pesquisa				
Nota: N/A: Não se aplica - os resultados desse indicador não demonstraram significantes justificativas para adesão ou não adesão.				

DISCUSSÃO

A existência de uma política pública de acesso a medicamentos antirretrovirais no Brasil faz com que estudos sobre a adesão à terapia antirretroviral (TARV) sejam de grande relevância, para propiciar melhor compreensão do problema e atuação adequada das equipes profissionais, visando garantir boas condições de saúde e qualidade de vida a pessoas vivendo com HIV/AIDS¹⁹. Para o tratamento do HIV, existem vários fármacos e protocolos de tratamento disponíveis para a população²⁰. Na localidade estudada, os antirretrovirais são armazenados e dispensados aos pacientes pelo CCA, dessa forma, concentrando o tratamento dos pacientes HIV-positivo apenas em um lugar, assim, facilitando a organização e garantindo a qualidade de atendimento aos indivíduos usuários do sistema de saúde.

A terapia inicial para a patologia deve sempre incluir combinações de três antirretrovirais (ARV), sendo dois inibidores de transcriptase reversa análogo de nucleosídeo/nucleotídeo (ITRN/ITRNt) associados a uma outra classe de antirretrovirais: inibidores da transcriptase reversa não análogo de nucleosídeo (ITRNN), inibidor de protease com reforço de Ritonavir (IP/r) ou inibidor de integrase (INI)¹⁰. Então, entre os protocolos medicamentosos disponibilizados pelo CCA, foram escolhidos os quatro mais utilizados.

O protocolo 1- TDF+3TC-DTG no Brasil é o padrão para o início do tratamento¹⁰. Este esquema medicamentoso é recomendado em casos em que não há resistência a nenhum dos compostos e nem função renal alterada. Esses antirretrovirais tem as vantagens de alta potência, administração em dose de dois comprimidos diários e poucos eventos adversos, garantindo esquemas antirretrovirais mais duradouros e seguros. Este protocolo é geralmente bem tolerado. As reações adversas mais frequentes de intensidade moderada a grave foram insônia e cefaleia⁶. Essas características justificam esse ser o protocolo com maior número de usuários, como

apresentado na tabela 1. Porém, por ser o protocolo com mais pacientes, apresenta-se com taxas de adesão variadas, o que diminui a taxa total de adesão à terapêutica.

As taxas de adesão medicamentosa apresentadas pelos participantes mostraram-se semelhantes, sendo que o segundo protocolo estudado, TDF+3TC-ATV/RTV, foi o que apresentou menor taxa de adesão (91,5%). Esse protocolo é o indicado para pacientes diagnosticados com HIV que tenham apresentado falha virológica, ou seja, uma carga viral detectável, indicando que o efeito do medicamento não foi o esperado. Este também visa a inibição da replicação viral e não deve ser administrado em pacientes com insuficiência renal¹⁰.

Segundo o Ministério da Saúde, fatores psicossociais, dificuldade de acesso e comorbidades, além de fatores relacionados aos medicamentos, contribuem para uma baixa adesão¹⁸.

A baixa adesão do protocolo combinado com ATV pode ter relação com o fato de os medicamentos inclusos precisarem ser ingeridos com alimentos (para aumentar a biodisponibilidade e reduzir a variabilidade farmacocinética), visto que o paciente pode entender que se não se alimentar, não necessita do medicamento naquele momento/dia. Além disso, as refeições, principalmente em família e entre colegas e amigos, podem se tornar desconfortáveis quanto a aceitação da condição, também atrapalhando a ingestão do medicamento, por constrangimento²². Outrossim, esse protocolo tem uma posologia de 3 medicamentos por dia, o que é considerado um fator dificultante para a adesão, por poder gerar constrangimento, caso tenha que ser ingerido em momentos de relações sociais, além de a quantidade poder confundir quanto a horários e induzir a esquecimentos. Ademais, os efeitos colaterais que surgem principalmente nas primeiras semanas após o início do tratamento podem ter relação com essa taxa, sendo eles: acúmulo de gordura localizada e desenvolvimento de erupções cutâneas (rash)⁷.

Considera-se a taxa de 80% como uma boa adesão para alcançar a supressão viral e sua manutenção¹⁰. Portanto, os quatro protocolos são considerados um sucesso nesse quesito. Os dois primeiros protocolos, TDF+3TC-DTG e TDF+3TC-ATV/RTV, tiveram, mesmo que excelentes níveis de adesão, os menores entre os quatro (92,6% e 91,5% respectivamente, o que pode ser explicado pela quantidade maior de pessoas vivendo com HIV que fazem uso desses protocolos.

Ademais, o terceiro protocolo, TDF+3TC-DRV/RTV, alcançou a melhor taxa de adesão, porém não deve ser administrado em pacientes com insuficiência renal e/ou hepática,

hipertensão arterial pulmonar e coadministrado com Sinvastatina, Lovastatina, Terfenadina, Midazolam, Triazolam, Cisaprida, Pimozida, Ranolazina, e Alcaloides do Ergot ⁸. Pacientes fazendo uso de Darunavir não devem também usar medicamentos contendo Rifampicina, já que a administração concomitante pode resultar em concentrações plasmáticas reduzidas de Darunavir, isso pode resultar em perda do efeito terapêutico e desenvolvimento de resistência¹⁰. Por ter uma grande relação de contraindicações, e por ter sido inserido na lista de medicamentos antirretrovirais distribuídos pelo SUS apenas em 2017, são poucos os pacientes que fazem uso desse protocolo farmacêutico, então, acredita-se que, por esse motivo, é o protocolo com mais adesão entre os estudados ²¹. Outra justificativa para a ótima adesão deste tratamento é sua posologia, que quando comparada com o TDF+3TC-ATV/RTV demonstra maior facilidade de adesão, já que são necessárias duas administrações ao dia além do fato de poder ser ingerido junto, acompanhados ou não de alimentos.

O outro protocolo que apresentou suficiente adesão medicamentosa foi o TDF+3TC-EFZ, e esse resultado pode ser atribuído a sua posologia confortável “3 em 1” (um comprimido ao dia). Entretanto, devido à baixa barreira genética para o desenvolvimento de resistência e a prevalência de resistência primária em pacientes em tratamento inicial, esse protocolo também não é amplamente prescrito a população local ⁹.

Não se pode inferir que a adesão ao tratamento medicamentoso é um traço comportamental da personalidade do indivíduo, uma vez que é um tratamento vitalício e, assim, podem surgir mudanças na conduta do paciente. Dificuldades sucedem com o tempo, com momentos de suficiente ou falha adesão para todos os pacientes, portanto, ser aderente não é uma condição do paciente, mas sim, estar aderente, como uma condição momentânea ¹⁰. Condição essa, que não é dependente do indivíduo apenas, mas sim, de todos os envolvidos, principalmente aqueles que fornecem os serviços de saúde necessários para que o tratamento seja continuamente um sucesso.

O estudo realizado observou limitações no seu desenvolvimento, essas, restringiram o alcance dos benefícios esperados. A pandemia de COVID-19 limitou a amostra estudado pois os atendimentos eletivos realizados no CCA foram diminuídos, ademais, o tempo disponibilizado para o processo de elaboração e execução da pesquisa não foi suficiente para incluir um estudo farmacológico mais apurado. Contudo, foram observados benefícios provenientes dos resultados discutidos: identificar os protocolos de tratamento com melhor

adesão, as causas desse resultado e a relação dos resultados com os serviços de saúde e as formas de aplicação dos protocolos terapêuticos.

É importante pontuar que o bom trabalho da equipe multidisciplinar do CCA é fundamental no processo de adesão à terapêutica, pois um bom relacionamento entre profissional e paciente possibilita satisfação e qualidade da atenção em saúde, exercendo influência positiva sobre o estado de saúde dos pacientes HIV positivos. A importância desse relacionamento inicia junto com o diagnóstico positivo para HIV, quando o profissional acompanhante acolhe o paciente, o tranquiliza e educa sobre os próximos passos. Durante o tratamento, a atenção dos profissionais quanto ao tempo de retornos com o médico, distribuição dos medicamentos e contatos para acompanhamento laboratorial são indiscutivelmente necessários para a boa adesão medicamentosa e consequente controle da infecção ²³.

CONCLUSÃO

Mediante os resultados obtidos, conclui-se que a média de adesão ao tratamento antirretroviral foi considerado alto e que o protocolo TDF+3TC - ATV/RTV foi que apresentou menor taxa de adesão, a qual se comporta como uma medida que pode ser influenciada de forma multifatorial e interpessoal, e pode ser subjugado por fatores relacionados ao paciente, à doença, ao tratamento e também ao meio que cerca o paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santos NO, Romanos MT, Wigg MD. Virologia Humana. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v. 1, 2015.
2. Departamento de doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis. História da Aids-1982 [Internet]. 1982. Brasília: Ministério da Saúde. 2018 [atualizado 2018 Jan 01; citado 2021 Jun 01]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/historia-da-aids-1982>
3. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico de HIV e Aids [Internet]. Brasília: Departamento de Vigilância epidemiológica; 2020 [citado 2021 Jun 01]. 68 p. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/media/pdf/2020/dezembro/01/boletim-hiv_aids-2020-internet.pdf ISSN 1517 1159
4. Departamento de doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis. História da Aids-1987 [Internet]. 1987. Brasília: Ministério da Saúde. 2018 [atualizado 2018 Jan 19; citado 2021 Jun 01]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/historia-da-aids-1987>
5. Instituto Oswaldo Cruz - O vírus da Aids, 20 anos depois [Internet]. Ministério da Saúde, 2007. [Citado 2021 Jun 01]. Disponível em: <http://www.ioc.fiocruz.br/aids20anos>.
6. Dolutegravir sódico [bula de medicamento]. Responsável técnico: Rodrigo Fonseca da Silva Ramos. Rio de Janeiro; GlaxoSmithKline Pharmaceuticals S.A [Registrado e Importado por: Fundação Oswaldo Cruz/Farmanguinhos]; 2020. Disponível em: https://www.far.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/Dolutegravir-sodico_Bula_Paciente.pdf
7. Sulfato de atazanavir [bula de medicamento]. Responsável técnico: Carlos Araújo da Costa. Rio de Janeiro; AstraZeneca Pharmaceuticals LP [Registrado, Importado e Distribuído por: Fundação Oswaldo Cruz/Farmanguinhos]; 2017. Disponível em: https://www.far.fiocruz.br/wp-content/uploads/2017/12/DMG-Sulfato-de-atazanavir_Bula_Prof-Saude-sem-cabecalho.pdf
8. PREZISTA®: Darunavir. Responsável técnico. Marcos R. Pereira. São Paulo; Janssen-Cilag Farmacêutica Ltda; 2019. Disponível em: <https://www.spharmus.com.br/wp-content/uploads/2019/10/prezista.pdf>
9. Efavirenz [bula de medicamento]. Responsável técnico: Rodrigo Fonseca da Silva Ramos. Rio de Janeiro; Instituto de Tecnologia em Fármacos/Farmanguinhos [Registrado por:

- Fundação Oswaldo Cruz/Farmanguinhos]; 2021. Disponível em: https://www.far.fiocruz.br/wp-content/uploads/2017/06/Efavirenz_Bula_Paciente.docx-.pdf
10. Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Secretaria de Vigilância em Saúde. 1 ed. Brasília. Ministério da Saúde: 2018.
 11. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) – Estatísticas [Internet] UNAIDS Brasil, 2020. [Citado 2021 Jun 01] Disponível em: <https://unaid.org.br/estatisticas/#:~:text=As%20mortes%20relacionadas%20%C3%A0%20AIDS,%2C6%20milh%C3%A3o%5D%20em%202010.>
 12. Leite SN, Vasconcellos MD. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Cien Saúde Colet [Internet] 2003. [Citado 2021 Jun 01]. 8(4):775-782. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/d4kmGvjwkZHfJJ9B8nM4GrD/?lang=pt#>. DOI: 10.1590/S1413-81232003000300011.
 13. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) – 90-90-90 Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS [Internet] UNAIDS Brasil, 2015. [Citado 2021 Jun 01] Disponível em: https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf
 14. Departamento de doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis. Novo relatório da UNAIDS sobre o 90-90-90 cita o Brasil como exemplo de que a meta pode ser cumprida [Internet]. 1987. Brasília: Ministério da Saúde. 2016 [atualizado 2018 Jan 19; citado 2021 Jun 01]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/novo-relatorio-do-unaid-sobre-o-90-90-90-cita-o-brasil-como-exemplo-de-que-meta-pode-ser>
 15. Silva JAG, Dourado I, de Brito AM, da Silva CAL. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2015 [Citado 2021 Jun 01]; 31(6):1188-1198. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2015.v31n6/1188-1198/pt/#> DOI: 10.1590/0102-311X00106914
 16. Ministério da Saúde. Síntese de evidências para políticas de saúde - Adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Brasília. 1 ed. Ministério da Saúde: 2016.

17. Horne, R., Weinman, J., & Hankins, M. The beliefs about medicines questionnaire: the development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology & Health* [Internet]. 14(1):1-24. 2007 [Citado 2021 Jun 01]. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08870449908407311>. DOI: 10.1080/08870449908407311
18. Kripalani S, Risser J, Gatti ME, Jacobson TA. Development and evaluation of the Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) among low-literacy patients with chronic disease. *Value Health* [Internet]. 2009 [Citado 2021 Jun 01]. 12(1):118-123. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19911444/> DOI: 10.1111/j.1524-4733.2008.00400.x
19. Ministério da Saúde. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília. 1 ed. Ministério da Saúde: 2008.
20. Departamento de doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis. Tratamento para HIV [Internet]. 2016. Brasília: Ministério da Saúde. 2016 [citado 2021 Jun 01]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv/tratamento-para-o-hiv>
21. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Informativa nº 007/2017-DDAHV/SVS/MS, de 07 de fevereiro de 2017. Retificação da nota nº 096/2016-DDAHV/SVS/MS que atualiza os esquemas antirretrovirais para pessoas vivendo com HIV/Aids e indicações de uso ampliado do Dolutegravir (DTG) e Darunavir (DRV) a partir de 2017. [Internet]. Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília (DF), 2017 [Citado 2021 Jun 01]. Disponível em: http://azt.aids.gov.br/documentos/siclom_operacional/Nota%20Informativa%20007%20-%20protocolo%20de%20uso%20ARV%20-%202017.pdf
22. Bonolo PF, Gomes RRF, Guimarães MDC. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2007 [Citado 2021 Jun 01]; 16(4): 267-278. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000400005&lng=pt. DOI: 10.5123/S1679-49742007000400005.
23. Camargo BV; Bousfield AB, Giacomozzi AI, Koelzer LP. Representações sociais e adesão ao tratamento antirretroviral. *liber.* [Internet]. 2014 [citado 2021 Jun 01]; 20(2):229-238. Disponível em: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-1729-4827 ISSN 1729-4827