

CONCEITOS E RECOMENDAÇÕES BÁSICAS PARA MELHORAR A ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-RETROVIRAL

Marco Antônio de Ávila Vitória
Assessor Técnico da Unidade de Assistência da Coordenação Nacional de DST/Aids
Ministério da Saúde

Importância da Adesão ao Tratamento Anti-Retroviral

Com a introdução da terapia anti-retroviral combinada como padrão de qualidade no tratamento das pessoas vivendo com HIV/AIDS, a adesão do paciente a esquemas terapêuticos com múltiplas drogas tornou-se fundamental no manejo clínico dessa doença.

Nos últimos anos, têm sido observada uma importante diminuição das internações hospitalares, na ocorrência de complicações oportunistas e da mortalidade associada ao HIV em diversos países. A infecção pelo HIV passou a ser vista como uma doença de caráter evolutivo crônico e potencialmente controlável. Embora isto esteja relacionado a diversos fatores de melhoria no cuidado clínico e a alguns aspectos epidemiológicos, o papel da terapia combinada, particularmente com o advento dos inibidores de protease, foi fundamental nesse novo cenário.

Entretanto, a não adesão ao tratamento anti-retroviral está diretamente relacionada com o desenvolvimento de resistência viral, com conseqüente falência terapêutica e surgimento de cepas virais multirresistentes. Assim, todo o imenso investimento na pesquisa e desenvolvimento de drogas anti-retrovirais, bem como na tecnologia necessária para o acompanhamento da eficácia desta terapia poderão ser perdidos, se não forem elaboradas e padronizadas algumas estratégias que visem aumentar a adesão do paciente portador de HIV/AIDS ao tratamento.

Conceito e Principais Problemas Envolvidos na Adesão ao Tratamento Anti-Retroviral

O termo "*adesão*" ao tratamento deve ser visto como uma atividade conjunta na qual o paciente não apenas obedece as orientações médicas, mas entende, concorda e segue a prescrição estabelecida pelo seu médico. Significa que deve existir uma "*aliança terapêutica*" entre médico e paciente, na qual são reconhecidas não apenas a responsabilidade específica de cada um no processo, mas também de todos que estão envolvidos (direta ou indiretamente) no tratamento.

Nos primeiros estudos controlados utilizando-se a terapia anti-retroviral combinada, os pacientes eram mantidos sob rigorosa supervisão e acompanhamento do tratamento proposto, observando-se uma alta eficácia, com níveis indetectáveis da carga viral plasmática em cerca 85-90% dos casos. Porém, em situações cotidianas, fora do ambiente destes estudos, observou-se que um percentual bem menor de pacientes se mantêm com este nível de controle da carga viral. Em uma avaliação recente, feita no *San Francisco General Hospital* (San Francisco, EUA), observou-se que somente 47% dos pacientes em terapia combinada foram capazes de manter a carga viral não detectável após um longo período de tratamento. O fator independente mais fortemente relacionado com a falência terapêutica neste estudo foi a não adesão ao tratamento (OR= 15,8; p=0.05). Em um outro estudo semelhante, com 462 pacientes em uso da combinação de saquinavir com ritonavir, observou-se que os pacientes com boa adesão se mantinham com carga viral não detectável durante 90% do tempo de estudo,

enquanto os pacientes com baixa adesão somente a mantinham indetectável em 65% do período.

Vários estudos que avaliam os diversos fatores que afetam a capacidade de adesão ao tratamento em pacientes com HIV/AIDS e outras doenças crônicas têm mostrado algumas características básicas, a saber:

- Os aspectos sócio-econômicos e sócio-demográficos, caso analisados isoladamente, não são geralmente fatores preditivos de adesão;
- A capacidade dos profissionais de saúde em prever se um paciente terá ou não uma boa adesão ao tratamento é geralmente baixa;
- Até o momento, o uso de marcadores biológicos, dosagem de níveis séricos das drogas ou de outros parâmetros laboratoriais para a avaliação da adesão do paciente ao tratamento apresentam, na maioria das vezes, mais desvantagens do que vantagens em sua análise, o que dificulta o seu uso em termos práticos.
- Aproximadamente 50% dos pacientes portadores de doenças crônicas apresentam boa adesão aos esquemas terapêuticos propostos;
- A adesão ao tratamento medicamentoso de qualquer doença crônica segue uma curva de distribuição em forma de "J", ou seja, com aproximadamente 50% dos pacientes tomando a medicação corretamente em 80% do tempo, outros 20% dos pacientes tomando a medicação entre 50 e 80% do tempo e os restantes 30% dos indivíduos tomando a medicação prescrita em menos de 50% do tempo total de tratamento;
- A adesão ao tratamento diminui a medida que a complexidade (número de drogas, número de comprimidos e número de doses ao dia) e a duração do esquema proposto aumentam;
- A adesão ao tratamento diminui a medida que o regime proposto interfere nas atividades e estilo de vida do paciente;
- A adesão ao tratamento diminui a medida que o esquema proposto interfere nos hábitos alimentares do paciente (necessidade de se tomar os medicamentos em jejum ou com refeições);
- A adesão ao tratamento diminui se o esquema terapêutico apresenta efeitos colaterais;
- A adesão ao tratamento tende a ser menor em pacientes com uma atitude pessimista em relação à sua doença e com comportamento depressivo;
- A adesão ao tratamento geralmente é menor se a comunicação e a interação entre o paciente e o profissional de saúde é deficiente.

No caso específico da terapia anti-retroviral, os regimes terapêuticos atualmente recomendados apresentam-se ainda com alto grau de complexidade (2 a 3 doses ao dia, podendo interferir no regime alimentar), com um grande número de comprimidos ou cápsulas (freqüentemente 20-25 unidades por dia) e utilizados por tempo indeterminado, o que dificultam sobremaneira a adesão terapêutica a longo prazo. Além disso, está demonstrado que uma adesão sub-ótima ao tratamento pode resultar em uma supressão inadequada da carga viral, com conseqüente emergência de cepas virais resistentes e elevação da carga viral plasmática, levando a uma repopulação dos tecidos linfóides do paciente e possível recrudescimento da doença.

Estratégias Recomendadas para Estabelecer e Manter uma Boa Adesão ao Tratamento Anti-retroviral

Embora o paciente seja freqüentemente o principal foco das intervenções de adesão ao tratamento, este processo deve ser visto como uma responsabilidade entre o paciente e o profissional de saúde que o assiste, bem como do próprio sistema de saúde. Considerando-se os fatores que afetam a adesão terapêutica, as seguintes estratégias são recomendadas para se estabelecer e manter uma boa adesão ao tratamento anti-retroviral:

1. O profissional de saúde deve procurar elaborar um regime terapêutico o mais simples possível, com orientações verbais e por escrito sobre a prescrição, de uma forma clara e precisa. Uma estratégia importante para melhorar a adesão ao tratamento é a simplificação do regime terapêutico, particularmente reduzindo o número de comprimidos e doses por dia. Porém, isto é freqüentemente limitado pelas características farmacocinéticas das drogas atualmente disponíveis. Os medicamentos devem ser identificados pela cor, formato e nome. Indicações quanto as restrições ou exigências alimentares, necessidade de hidratação vigorosa, efeitos colaterais e interações medicamentosas devem ser enfatizadas. **A TERAPIA NÃO DEVE SER INICIADA ATÉ QUE OS OBJETIVOS E NECESSIDADE DE ADESÃO AO TRATAMENTO SEJAM ENTENDIDOS E ACEITOS PELO PACIENTE.** Certifique-se sempre se o paciente realmente sabe como tomar a medicação e compreende as conseqüências da não adesão para o sucesso de seu tratamento.
2. É importante adequar o regime terapêutico ao estilo de vida do paciente. Esta é provavelmente a medida mais simples e efetiva para melhorar a adesão ao tratamento. O profissional deve identificar junto com o paciente as rotinas de vida diária e que são facilmente seguidas e que podem coincidir com os horários adequados para a ingestão dos medicamentos (ex: escovar os dentes, ler um jornal, fazer exercícios etc.). Estes eventos rotineiros podem ser utilizados como lembretes para se tomar os medicamentos. As refeições apesar de serem situações com horários geralmente bem definidos, nem sempre funcionam como bons eventos, devido ao fato de freqüentemente existirem restrições ou exigências alimentares específicas para o esquema proposto e o hábito alimentar ser muito variável entre as pessoas. Recomenda-se que os pacientes tomem a medicação antes da atividade de rotina selecionada, no sentido de reduzir a possibilidade de esquecimento e omissão da dose.
3. Elabore juntamente com o paciente uma típica escala diária de tomada dos medicamentos, definindo os horários, as atividades relacionadas com as tomadas e o oriente para anotá-las em um diário, agenda pessoal ou calendário.
4. Mantenha o paciente sempre bem informado sobre os progressos do seu tratamento, dos resultados de seus exames laboratoriais e seu significado. Durante cada visita médica de controle, é importante rever com o paciente todo o esquema terapêutico. Tente sempre esclarecer qualquer dúvida com relação ao tratamento e atividades relacionadas com o mesmo nestas ocasiões.
5. Oriente o paciente a utilizar dispositivos alarmes portáteis, despertadores ou "beepers" para lembrá-lo das tomadas dos medicamentos. Lembre-se que alguns medicamentos devem ser tomados em intervalos de horário relativamente rígidos devido às suas propriedades farmacocinéticas.
6. É recomendado que o paciente faça um inventário diário ou semanal do número de comprimidos a serem ingeridos. A dose diária pode ser acondicionada em frascos menores (ex: frascos de filmes fotográficos vazios) ou mesmo caixas especialmente desenhadas para este fim, que apresentam divisões em compartimentos que separam as diversas doses a serem tomados durante o dia. É importante lembrar que alguns destes medicamentos podem necessitar de acondicionamento em ambientes com temperatura e umidade específicos, o que pode dificultar o uso deste tipo de sistema em certos locais e ocasiões, principalmente por

períodos mais prolongados.

7. Em caso de mudanças na rotina de vida diária do paciente, mesmo que temporárias (finais de semana, férias, viagens, etc.), planeje antecipadamente as modificações necessárias nos horários e na escala de tomada dos medicamentos de forma a não prejudicar o efeito global do tratamento. Em caso de viagens, é importante orientar o paciente quanto às condições de acondicionamento, necessidade de suprimentos extras de medicamentos e ajustes de horários em caso de diferenças de fuso horário.

É importante fazer um maior investimento nas estratégias visando o desenvolvimento de uma boa adesão ao tratamento principalmente nas primeiras semanas após seu início, já que diversos estudos demonstraram que uma taxa de adesão precoce é um importante fator preditivo de uma boa adesão a longo prazo. Pode-se testar a capacidade de adesão do paciente a um determinado esquema posológico antes de se iniciar o uso efetivo dos medicamentos selecionados, substituindo-se cápsulas ou comprimidos das drogas do esquema por comprimidos de complexos vitamínicos ou balas, na mesma quantidade e escala posológica, durante algumas dias ou semanas. Isto permitirá ao paciente encontrar um regime que seja mais adequado ao seu estilo de vida, sem prejudicar o efeito antiviral de seu tratamento. Um aconselhamento dietético com um nutricionista e a organização de grupos de suporte para pacientes que fazem uso do mesmo esquema terapêutico são outras estratégias que podem ter sucesso em alguns casos. Recomenda-se que os retornos sejam mais freqüentes nas primeiras semanas após o início do tratamento.

Entretanto estas estratégias podem não ser efetivas em todos os pacientes, devido às diversidades culturais e sócio-econômicas existentes no País. É importante que o profissional de saúde perceba que as sugestões acima expostas podem ser mais apropriadas para algumas pessoas do que para outras. Porém, independentemente das estratégias adotadas, a forma mais efetiva de se conseguir uma adesão adequada ao tratamento de qualquer doença de natureza crônica é, em última instância, motivar e envolver o paciente no seu próprio tratamento, utilizando-se de medidas práticas, de baixo custo e de fácil execução, fazendo ajustes conforme as necessidades individuais a longo prazo.

BIBLIOGRAFIA:

1. Blakeslee D. Adherence to Therapy. Journal of the American Medical Association Home Page. <http://www.ama-assn.org/special/hiv/newslines/briefing/adhere.html>. Acessada em 30/06/98.
2. Chessney M. Compliance: How physicians can help. University of California at San Francisco Home Page. <http://www.hivinsite.ucsf.edu/topics/adherence/2098.3540.html>. Acessada em 14/07/98.
3. Chessney M. Evolving HIV treatments: Advances and the challenge of adherence. Healthcare Communications Group Home Page. <http://www.healthcg.com/hiv/treatment/icaac97/adherence/chesney.html>. Acessada em 23/03/98.
4. Chessney M. Strategies to establish and maintain optimal adherence. University of California at San Francisco Home Page. <http://www.hivinsite.ucsf.edu/topics/adherence/2098.3541.html>. Acessada em 14/07/98.
5. Chessney M. Which came first...adherence or effective medical therapy. Medscape Inc. Home Page <http://www.medscape.com/Medscape/CNO/1998/AIDS/06.30/b25/aids.b25.html>. Acessada em 07/08/98.
6. Department of Health and Human Services. Guidelines for the Use of Anti-retroviral Agents in HIV-Infected Adults and Adolescents. Panel on Clinical Practices for Treatment of HIV Infection.

Journal of the American Medical Association Home Page. <http://www.ama-assn.org/special/hiv/treatment/guide/rr4705b2/panel.html>. Acessada em 17/08/98.

7. Eldred L, Cheever L. Update on Adherence to HIV Therapy. The Johns Hopkins University of Infectious Diseases Home Page. http://hopkins-aids.edu/publications/report/jan98_5.html. Acessada em 14/03/98.
8. Levine A. Anti-retroviral Therapy: Adherence. Healthcare Communications Group Home Page. <http://www.healthcg.com/hiv/journal/scottsdale98/04.html>. Acessada em 05/08/98.
9. Mehta S, Moore RD, Graham NMH. Potential factors affecting adherence with HIV therapy. *AIDS* 1997, 11:1665-70.
10. Ministério da Saúde do Brasil. Consenso sobre Terapia Anti-Retroviral para Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV-1998 (*In press*).
11. Sherer R. Adherence and Anti-retroviral Therapy in Injection Drug Users. *JAMA* 1998; 280:567-8.
12. Williams A, Freindland G. Adherence, Compliance and HAART. *Aids Clin. Care.* 1997; 9:51-4.
13. Wright EC. Non-Compliance – or how many aunts has Matilda? *Lancet* 1993, 342 (8876): 909-13.