

Adesão à Terapêutica Anti-retroviral num Hospital Distrital.

Autor: José Antonio Gallardo Marín
Serviço de Medicina do Hospital do Barlavento Algarvio, Portimão.
Co-autoras: Cristina Isabel de Mascarenhas Gonçalves
Sofia Isabel Torres Borges
Serviços Farmacêuticos do Hospital do Barlavento Algarvio, Portimão.

Introdução

Existem evidências clínicas que estabelecem uma relação definitiva entre a má adesão à terapêutica anti-retroviral e o aparecimento de mutações de resistência, de falência virológica, assim como a antecipação da progressão clínica para SIDA. Por este motivo, a importância de uma boa adesão à terapêutica anti-retroviral pelos indivíduos infectados com o vírus da imunodeficiência humana (VIH), tem sido largamente discutida.

Ensaio clínicos realizados para avaliar a eficácia virológica, a tolerabilidade, e o aparecimento de efeitos secundários a longo prazo em grupos de doentes muito motivados, e com um acompanhamento clínico e laboratorial exaustivo, permitiram observar que, tipicamente, a taxa de abandonos é baixa. Tal acompanhamento é, no entanto, impossível de implementar na prática clínica diária.

Em circunstâncias mais práticas decorreu o estudo I.Co.N.A. (Italian Cohort of antirretroviral-naïve Patients), onde foi possível observar 19.6% de não adesão à terapêutica e 14.1% de insucesso virológico. Este estudo tem a particularidade de ter sido realizado com doentes naïve, habitualmente mais motivados para fazer correctamente a terapêutica prescrita, sendo importante alertar que tal motivação diminui com o tempo.

O objectivo deste estudo é, assim, observar a realidade da adesão à terapêutica anti-retroviral num hospital distrital de uma região periférica do país.

Metodologia

Pesquisaram-se os registos dos Serviços Farmacêuticos do Hospital do Barlavento respeitantes a terapêutica com antiretrovirais, no período entre um de Julho de 2000 (data a partir da qual se procedeu à informatização destes registos) e trinta de Junho de 2002. Anotaram-se os nomes dos pacientes, idade, sexo, medicação levantada, datas de levantamento e eventuais modificações da terapêutica, e as causas de tais modificações.

Os doentes foram, seguidamente, classificados em activos ou inactivos, e regulares ou irregulares, de acordo com o seu comportamento em relação à adesão terapêutica, tendo em consideração que no nosso hospital, os doentes VIH, em regime de ambulatório, levantam mensalmente a medicação anti-retroviral.

Consideraram-se inactivos todos os doentes cujo último levantamento de medicação, em regime de ambulatório, ocorreu em data anterior a trinta de Março de 2002 (ou seja, até 3 meses antes do final do período em estudo), sendo os restantes pacientes considerados activos. Posteriormente, catalogaram-se as causas de inactividade em três acontecimentos: óbito, transferência para outra região do país, e desistência voluntária do paciente.

Quanto à regularidade com que fizeram os levantamentos de medicação, os doentes foram considerados regulares quando fizeram os levantamentos mensalmente sem interrupções, e aqueles que falharam um único mês e uma única vez. Ao contrário, os doentes irregulares foram aqueles para os quais se observou mais do que uma interrupção superior a um mês. Os doentes que levantaram medicação apenas uma vez durante o período de estudo não foram inseridos nesta classificação pois não foi possível avaliar o seu comportamento relativamente à terapêutica.

Relativamente ao esquema terapêutico inicial, anotou-se se existiu ou não modificação do mesmo, e avaliaram-se as causas que conduziram à modificação do tratamento inicial. Estas podem ser agrupadas em quatro acontecimentos distintos: falência virológica, efeitos secundários, interacções medicamentosas, gravidez, e outras. Também neste caso, os doentes que levantaram medicação apenas uma vez não foram inseridos na classificação.

Resultados

Durante o período de tempo sob estudo, 206 doentes tinham iniciado algum dos múltiplos esquemas de terapêutica anti-retroviral, dos quais 139 eram de sexo masculino (67.5%), e 67 do sexo feminino (32.5%). No final do mesmo período, 146 pacientes (70.5%) continuavam a fazer medicação anti-retroviral, sendo 100 deles homens (correspondendo a 72% do total) e 46 mulheres (69% do total).

Dos 60 doentes considerados inactivos, apenas dois, um homem e uma mulher, tinham falecido com SIDA internados no nosso hospital, 19 foram transferidos para outras áreas do país ou estrangeiro (9%), e 39 desistiram voluntariamente da consulta (isto é, 19% do total de doentes que iniciaram medicação), sendo 22 homens (15.8%) e 17 mulheres (25%).

Dos doentes (activos e não activos) que levantaram mais de uma vez a terapêutica, 134 indivíduos (71.6%) mantiveram o esquema terapêutico inicial e 53 indivíduos (28%) tiveram de o modificar. Esta modificação esteve relacionada com motivos diversos: em 60% dos casos deveu-se a falência virológica, em 24,5% a efeitos secundários, em 3,7% a gravidez, em 3,7% a interacções farmacológicas, e em 7,5% ocorreu devido outras causas.

Ainda, dos pacientes que levantaram mais do que uma vez a medicação (num total de 187 indivíduos), 45% foram considerados irregulares (57% homens e 43% mulheres), e destes doentes, 3 foram transferidos, 66 (78.5%) continuam activos, e 15 (18%) desistiram.

Discussão

A distribuição relativa dos sexos entre os pacientes tratados é a esperada, dois terços de homens e um terço de mulheres. A percentagem de indivíduos dos dois sexos que continua a fazer terapêutica é muito similar (72 vs. 69%), embora a percentagem de desistências seja ligeiramente superior no sexo feminino (25 vs. 15.8%).

Os resultados indicam que em 19% dos casos ocorreu abandono da medicação e do acompanhamento regular, por iniciativa própria do paciente, uma percentagem praticamente igual à encontrada no estudo I.Co.N.A., que tinha decorrido em circunstâncias mais favoráveis do que a realidade prática do nosso hospital.

Relativamente às transferências, é de sublinhar que parte dos indivíduos infectados pelo VIH, acompanhados no nosso hospital, estão internados em prisão preventiva ou por delitos menores, nos Estabelecimentos Prisionais de Silves e Portimão. Nos últimos anos tem-se desenvolvido junto da população prisional iniciativas de rastreio e acompanhamento da infecção pelo VIH. Mas, quando o interno é condenado a uma pena superior a dois anos, é transferido logo para um estabelecimento de maior nível de segurança na área de Lisboa, razão que impossibilita a assistência continuada ao paciente.

Ainda, alguns de nossos doentes estão acolhidos em comunidades terapêuticas de desintoxicação. Parte da estratégia de tais comunidades é o acompanhamento rigoroso do indivíduo, fornecendo habitação e emprego, mas também o incentivando o seu afastamento dos ambientes habituais. Assim, não é invulgar assistir temporariamente um doente transferido de outra zona do País.

Além destas duas causas, a instabilidade no emprego obriga muitas vezes os pacientes a deslocar-se, em busca de trabalho, fora do Algarve. É justo reconhecer que a maioria procura a continuação do acompanhamento médico noutras instituições.

É interessante observar a elevada percentagem de doentes que se mantiveram ou mantém no esquema inicial (71.6%), mas destes 134 doentes, só 60 (45%), permanecem activos, e levantando a medicação com certa regularidade, o que implica um uso sub-ótimo da terapêutica por parte de alguns pacientes com as respectivas consequências virológicas e clínicas. Por outro lado, 45% dos doentes que levantaram medicação mais de uma vez, num total de 187, 45% fizeram-no de uma forma irregular.

Tendo em consideração, além das condicionantes mencionadas, a localização periférica da nossa região, e consequentemente a baixa sensibilidade dos doentes para a sua própria patologia e importância da adesão à terapêutica, os resultados podem considerar-se muito favoráveis. No entanto, é sempre importante investigar formas de aumentar a taxa de adesão à terapêutica, reavaliar e instituir novos programas de acompanhamento e reunir esforços no sentido de otimizar os mesmos resultados.