

A PREVALÊNCIA DE FATORES DE RISCO PARA BAIXA ADESÃO NA TERAPIA COM ENFUVIRTIDA, NOS USUÁRIOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV EM TRATAMENTO NOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM PORTO ALEGRE – RS

THE PREVALENCE OF RISK FACTORS FOR DECREASING ADHERION IN THE THERAPY WITH ENFUVIRTIDA IN HIV INFECTED USERS IN TREATMENT IN CENTERS OF REFERENCE IN PORTO ALEGRE /RS

Thiago C Santos¹

RESUMO

Introdução: Em 2005 o Ministério da Saúde do Brasil disponibilizou a enfuvirtida, o primeiro inibidor de fusão, uma nova classe de anti-retrovirais com ação extracelular. As dificuldades relatadas pelos primeiros usuários, em um dos centros de referência, e a carência de estudos envolvendo os usuários do Sistema Único de Saúde motivaram esta pesquisa. **Objetivo:** identificar os fatores de risco para baixa adesão ao tratamento com Enfuvirtida. **Métodos:** foram entrevistadas 37 pessoas de Porto Alegre, compreendendo a população total de usuários de enfuvirtida nesta cidade até o mês de outubro de 2006. **Resultados:** 27% dos pacientes já pensaram em desistir do tratamento, 22,2% referiram esquecimento de dose nos últimos 30 dias e 45,9% não souberam diferenciar HIV de aids. Os efeitos adversos locais ocorreram em todos os usuários, houve dor nos locais de aplicação em 81,1% dos casos, fato que não atrapalhou as atividades diárias (70,3%). Quanto às aplicações, 28,9% não tiveram a primeira dose supervisionada, 27% não realizaram massagem após as aplicações, 46% dos pacientes usavam regiões não orientadas pela enfermagem para aplicação, 29,7% acharam “difícil” encontrar um local para aplicar. **Conclusão:** o estudo reforça a necessidade do acompanhamento direto por um profissional de enfermagem para aplicação do medicamento, visto que os procedimentos podem parecer fáceis, mas requerem boa técnica para diluição, aspiração e aplicação a fim de diminuir os efeitos adversos locais, assim como as orientações sobre os cuidados após a aplicação.

Palavras-chave: aids, enfuvirtida, inibidor de fusão.

ABSTRACT

Introduction: In 2005 the Ministry Health of Brazil provided Enfuvirtide, the first inhibitor of fusion, a new class of anti-retrovirals with extracellular action. The difficulties described by the first users, in one of the reference centers, and the lack of studies with the users of the Public Health Department, had motivated this research. **Objective:** to identify risk factors for low adherence to the treatment with enfuvirtida. **Methods:** 37 people from Porto Alegre had been interviewed, the total population of users of enfuvirtide in this city until October, 2006. **Results:** had presented that 27% of the patients had already thought about giving up the treatment, 22,2% had forgotten to take the dose in the last 30 days and 45,9% do not know the difference between HIV and AIDS. The local adverse effect had occurred in all the users, pain in the application places were present in 81,1% of the cases, but it did not interfere in daily activities (70,3%). Concerning applications, 28,9% had not had a first supervised dose, 27% did not make a massage after the applications, 46% of the patients also used regions for application which were not guided by the nurses, 29,7% had had “difficulties” in finding a place to apply. **Conclusion:** the study strengthens the necessity of the direct accompaniment by a nursing professional, although the procedures can seem easy, they require good technique for dilution, aspiration and application to diminish the local adverse effects, as well as the orientation on the care after the application.

Keywords: AIDS, enfuvirtide, fusion inhibitor.

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 18(4): 247-253, 2006

INTRODUÇÃO

Desde 1981 a aids é motivo de medo e preocupação para a humanidade. A estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) é de que existam cerca de 40 milhões de pessoas infectadas no mundo. No Brasil, tínhamos, até julho de 2004, 362.364 casos notificados, mas a estimativa é de 600.000 pessoas infectadas com o vírus.¹

O perfil da epidemia foi modificado após o advento da terapia anti-retroviral, que controla a replicação viral permitindo a recu-

peração do nível de células CD4. Desta forma, houve um aumento na expectativa de vida desta população, tornando o tratamento factível no nível ambulatorial, diminuindo a necessidade de leitos hospitalares para pacientes com aids.²

O primeiro anti-retroviral foi a zidovudina (AZT), que, em 1987 teve seus efeitos comprovados contra o agente viral, ainda que fosse incapaz de suprimir a infecção. Foi o primeiro inibidor da transcriptase reversa nucleosídeo (ITRN). Mas o sucesso da terapia anti-retroviral veio com os inibidores da protease (IP), a partir de 1990, com o uso combinado de agentes anti-retrovirais, chamado de “coquetel” ou HAART (highly active antiviral treatment), que modificou o curso da infecção porque tais agentes agem inibindo a formação de cepas virais.³ No Brasil, os IP foram disponibilizados

¹Enfermeiro residente na área de Dermatologia Sanitária pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, graduado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

pelo Ministério da Saúde em 1996, quando deu-se início à distribuição dos anti-retrovirais pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Atualmente a grande preocupação na terapia anti-retroviral é o desenvolvimento de novas cepas resistentes do vírus HIV, a partir de mutações que causam a resistência aos ARV, comprometendo todo o investimento disponibilizado pela política de acesso universal aos anti-retrovirais no Brasil.^{4,5}

As estratégias que vêm sendo utilizadas na tentativa de fazer o usuário aderir ao tratamento e prevenir a contaminação cruzada não têm sido suficientes. Pacientes com resistência a aderir ao tratamento contribuem para a formação de vírus resistentes às múltiplas drogas, limitando as opções de tratamento.⁶

Desde 1994, uma nova classe de anti-retrovirais vem sendo estudada um, inibidor de fusão (IF) que passou a ser disponibilizado pelo SUS em 2005. A enfuvirtida é uma droga que age antes do vírus entrar na célula, diferente da ação de outras drogas, que controlam a replicação viral no citoplasma da célula de CD4, inibindo enzimas virais fundamentais para a replicação viral. A enfuvirtida mimetiza a estrutura de uma glicoproteína viral (gp 41), responsável pela fusão e adesão do vírus HIV à célula CD4. Como a ação do fármaco é extracelular, pode-se obter o sucesso terapêutico mesmo em pacientes com vírus resistentes a todos os outros anti-retrovirais.⁷

A administração de enfuvirtida não é oral porque trata-se de um peptídeo, sendo rapidamente digerido no trato gastrointestinal. Estudos mostraram que a via para administração subcutânea (SC) é mais efetiva que a intramuscular, e, é bem tolerada, mantendo as concentrações de enfuvirtida em estado de equilíbrio durante 12 horas após a injeção SC.^{8,9}

Em estudo fase I e II, a monoterapia com enfuvirtida resultou em uma rápida redução de carga viral, média de 1,96 log₁₀ cópias/ml depois de 14 dias de tratamento.¹⁰ Os eventos adversos sistêmicos descritos com mais frequência foram diarreia, náuseas e fadiga, com uma significativamente ocorrência no grupo da enfuvirtida que no grupo-controle.¹¹ As reações no local de aplicação foram relatadas por 649 (98%) dos pacientes que recebem enfuvirtida.¹² Em estudo sobre a aceitação da medicação, a maioria dos pacientes estava à vontade com a auto-aplicação SC e não teve dificuldade significativa com a refrigeração e a reconstituição da droga. Também relataram pouco ou nenhum impacto das injeções de enfuvirtida sobre as atividades da vida diária.¹³

A partir de 2005, a droga foi disponibilizada pelo Ministério da Saúde para pacientes com indicação médica, de acordo com os critérios da Norma Técnica nº 44/05 do Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde do Brasil (PN-DST/AIDS-MS). Atualmente, esta droga serve como opção de resgate para pacientes com múltiplas falhas e que tenham, pelo menos, uma ou duas drogas ativas indicadas pelo exame de genotipagem, conforme a NOTA TÉCNICA Nº 50/05 do PN-DST/AIDS-MS.

Em Porto Alegre no estado do Rio Grande do Sul (RS), em outubro de 2006, apenas 50 pessoas estavam utilizando esta droga, conforme dados do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). Os usuários são de diferentes cidades e estão sendo acompanhados em centros especializados.

Por ser um ARV recentemente disponibilizado pelo Ministério da Saúde, poucos estudos sobre seus usuários no SUS são encontrados, fato que motivou esta pesquisa, associada à experiência do autor em um dos centros de dispensação desta droga, onde foi identificada, pelos relatos dos primeiros usuários, a dificuldade em utilizar uma droga anti-retroviral injetável.

OBJETIVO

Identificar os fatores de risco para baixa adesão ao tratamento de enfuvirtida nos usuários de Porto Alegre – RS. Espera-se que os resultados possam contribuir para a ampliação do conhecimento sobre esta nova “arma” contra o HIV, principalmente no que diz respeito à adesão do usuário ao tratamento, possibilitando desenvolver recomendações para se lidar com as dificuldades identificadas.

MÉTODOS

Cinquenta pacientes – todos maiores de 18 anos de ambos os sexos – fazem parte da amostra. Esse número corresponde à população total de pacientes em Porto Alegre que utilizava a enfuvirtida em outubro de 2006, independentemente do tempo de uso da droga.

Os dados foram coletados nos quatro centros de dispensação da droga em Porto Alegre: Ambulatório de Dermatologia Sanitária do Rio Grande do Sul (ADS/RS), Serviço de Atenção Especializada em DST/AIDS do Centro de Saúde Vila dos Comerciantes (SAE/CSVC), Hospital Nossa Senhora da Conceição do Grupo Hospitalar Conceição (HNSC/GHC) e Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Desenvolveu-se um estudo transversal descritivo para identificar os fatores de risco para baixa adesão ao tratamento de enfuvirtida nos usuários de Porto Alegre – RS.

A literatura revisada indica a utilização de vários parâmetros para identificar fatores de risco para baixa adesão, pois não existe um instrumento que seja único, considerado padrão ouro.^{14,15} Autores sugerem que a presença de algumas variáveis determinantes de adesão possibilita a identificação de fatores de risco para baixa adesão ao tratamento.¹⁶⁻²⁰ Motivo pelo qual foi proposto neste estudo um Protocolo de Pesquisa que inclui questões para levantamento dessas variáveis, além de questões baseadas no Subcutaneous Injection Survey (SIS), instrumento validado para avaliar a experiência dos pacientes que se submetem à injeção subcutânea.²¹ Na questão sobre conhecimentos da doença, as respostas foram avaliadas considerando-se o que cada paciente, com suas palavras, respondia sobre HIV (vírus que ataca as células de defesa, causador da aids), aids (síndrome ou doença caracterizada pela deficiência da imunidade), CD4 (células de defesa), carga viral (quantidade de vírus) e resistência viral (resistência do vírus aos anti-retrovirais).

A análise foi realizada com o auxílio do programa estatístico SPSS 12.0 por meio de estatística descritiva.

O estudo multicêntrico foi submetido à aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa: da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre (SMS/PMPA), do GHC e do HCPA.

Todos os sujeitos assinaram um termo de consentimento informado para participarem do estudo.

RESULTADOS

Dados demográficos

Dos 50 pacientes que utilizavam a medicação em outubro de 2006, 13 (26%) não foram localizados ou não quiseram participar do estudo.

Dos 37 sujeitos entrevistados, 89,2% eram do sexo masculino, 91,9% brancos, com uma média de 10,6 anos de escolaridade. A idade variou entre 18 e 62 anos, com média de 42 anos. No que

tange à ocupação, 12 estavam empregados e, 12, aposentados, 32,4% cada, 24,3% estavam desempregados e 10,8% eram autônomos. Praticamente metade dos pacientes são de Porto Alegre (49%), 37% da Grande Porto Alegre e 14% de outras cidades gaúchas.

Dos quatro centros de dispensação, o ADS/RS teve o maior número de pacientes participantes, contabilizando 51,4%, seguido de 29,7% do SAE/CSVC, 10,8% do HUSC/GHC e 8,1% do HCPA.

Conhecimento sobre a doença

Os pacientes foram questionados sobre o que é o HIV, aids, CD4, carga viral e resistência viral. Responderam corretamente, segundo o entrevistador, o que é HIV (56,8%), aids (62,2%), CD4 (83,8%), carga viral (86,5%) e resistência viral (70,3%). Cruzando os dados dos pacientes que não sabiam o que era HIV ou aids, constatamos que 45,9% dos pacientes não sabiam diferenciar HIV de aids.

Uso da enfuvirtida

Foram diagnosticados como soropositivos para o HIV há 12 anos (média) e notificados há nove anos (média). Em média, usam a enfuvirtida há 24 semanas (mediana = 16 semanas).

Somente um paciente não identificou seus anti-retrovirais, 91,9% identificaram as drogas, por cor ou nome e sua dose, sem consultar a prescrição médica.

Os principais esquemas ARV prescritos com enfuvirtida foram: lamivudina (3TC) + tenofovir (TDF) + tipranavir (TPV) + ritonavir (RTV) em 13,5% e lamivudina + tenofovir + lopinavir/r (LPV/r) em 10,8% das prescrições. 3TC (91,9%) e TDF (86,5%) foram os inibidores da transcriptase reversa mais presentes nos esquemas anti-retrovirais, já LPV/r (37,8%) e TPV (32,4%) os inibidores da protease mais frequentes.

Quando questionados sobre abandonos prévios, somente dois (5,4%) já haviam abandonado a terapia antes de usar enfuvirtida. Dez (27%) disseram que já pensaram em desistir da medicação injetável. Alguns referiram esquecimento de dose de enfuvirtida nos últimos 30 dias (22,2%).

Na análise dos efeitos adversos, 19% dos pacientes referiram efeitos adversos sistêmicos, todos gastrointestinais, como: náusea, vômito, pirexia, empachamento e diarreia. Os efeitos adversos no local da aplicação foram presentes em 100% dos indivíduos apresentados no Gráfico 1. A dor, avaliada em uma escala comportamental com valores de 1 a 5, teve média 3,81, representada pela categoria: “dor presente, havendo períodos em que é esquecida” (Gráfico 2).

Prevenção de complicações

Os cuidados com os efeitos adversos no local da aplicação incluem: rodízio nas aplicações (91,9%), massagem pós-aplicação (73%), compressa quente (24,5%), compressa fria (13,5%) e outros cuidados (35,1%). Em outros cuidados foram citados uso de algum destes produtos: álcool, óleo de amêndoas, cânfora, anti-inflamatórios de uso tópico e um caso de fracionamento de uma dose em três aplicações. O tempo de duração da massagem após a aplicação variou entre 1 e 15 minutos (Mediana = 3,5 minutos).

O rodízio das aplicações foi realizado no abdômen (100%), braço (40,5%), perna (78,4%) e outros locais (46%). Outros locais incluem crista ilíaca, glúteos, ventro-glútea, flancos e panturrilha.

Quanto ao suporte na aplicação, 94,6% receberam orientação de um profissional da saúde, 81,1% tiveram a 1ª dose supervisionada por um enfermeiro, 59,5% não tem auxílio de um familiar na aplicação e 100% referiram segurança e preparo para realizar as aplicações.

Impacto na vida diária

Nas questões relacionadas ao impacto da injeção nas atividades diárias, envolvendo tanto a aplicação como seus efeitos, 81-89% dos casos demonstraram que o fato de se utilizar em uma droga subcutânea não interfere na rotina dos pacientes (Gráfico 3).

Os pacientes não demonstraram limitações em desenvolver as atividades diárias apresentadas no Gráfico 4, mas é necessário enfatizar algumas categorias que apresentaram um escore alto, quando consideradas somente as respostas “bastante” e “extremamente”, como: “viajar longe de casa”, 27%, e “privacidade sobre a saúde”, 24%.

Nível de dificuldade em usar enfuvirtida

Considerando as respostas “muito fácil e “fácil”, percebemos que a maioria dos pacientes não apresentou dificuldades: na auto-aplicação (62,2%), em manter sua medicação refrigerada (83,8%), em preparar sua medicação para a injeção (83,8%), em dissolver a medicação na água para a aplicação (78,4%), em aspirar a medicação para a injeção (70,2%) e em descartar do material pífuro-cortante (81%). A única categoria que não apresentou o mesmo padrão de resposta foi a disposição de vias (35,1%), em que 35,1% julgaram “nem fácil nem difícil” e 29,7% consideraram “difícil” achar um local para aplicar a injeção (Tabela 1).

DISCUSSÃO

Os dados encontrados no perfil demográfico não diferem dos estudos já realizados com usuários de enfuvirtida na América (TORO 1) e na Europa (TORO 2).^{9,10} Dos pacientes que receberam a droga em Porto Alegre, 51% são moradores de outras cidades, o que dificulta sua retirada mensal. Acredita-se que muitos pacientes preferiram viajar até Porto Alegre a retirarem sua cidade por causa do preconceito, já que, em outras cidades, o número de habitantes é menor e a identificação do paciente com aids é iminente.

O diagnóstico do paciente foi há 12 anos (média) e a notificação há nove anos (média). Esse dado sugere que os pacientes descobriram que eram portadores do vírus do HIV em um estágio tardio da infecção, o que pode ter contribuído para as múltiplas falhas terapêuticas apresentadas pelos usuários de enfuvirtida.

Os pacientes foram questionados se já tinham pensado em desistir do tratamento com enfuvirtida: 27% responderam que “sim”, assim como 22,2% referiram esquecimento de dose nos últimos 30 dias. Esses dados são preocupantes, pois é necessário que 95% das doses sejam tomadas corretamente para que se obtenha o sucesso terapêutico.⁶ Pacientes que pensaram em desistir do tratamento e referiram esquecimento de dose podem apresentar sério risco para baixa adesão, contribuindo para a resistência do HIV ao inibidor de fusão, pois a concentração da droga na zona de presão seletiva favorece a seleção de cepas virais resistentes.²²

Os efeitos adversos sistêmicos relatados foram gastrintestinais (19%), semelhantes aos encontrados no estudo TORO 2.⁹ Efeitos como a diarreia podem ter forte associação aos ARV orais.

Os efeitos adversos locais foram presentes em 100% dos pacientes, prevalência superior aos estudos TORO 1 (98,1%) e TORO 2 (97,6%).^{8,9}

As principais complicações locais foram a formação de nódulos (91,9%) e eritema (89,2%), também descritos por outros estudos clínicos.^{8,9,23} Equimose (45,9%), prurido (59,5%) e endurecimento (48,6%) foram outras complicações, menos prevalentes, mas que também podem contribuir para a baixa adesão do paciente. Os efeitos adversos constituem uma das principais causas de baixa adesão, portanto, uma boa técnica de injeção, o rodízio das aplicações e a massagem após a aplicação são estratégias que podem minimizar esses efeitos.²⁴

Os pacientes referiram “dor presente, havendo períodos em que é esquecida” (média). Os achados demonstraram que, apesar de a dor estar presente (81,1%), não atrapalha as atividades diárias (70,3%). Apenas 10,8% apontam a dor como fator incapacitante no que se refere a exercer as atividades diárias. Acredita-se que os pacientes tolerem a dor em função da motivação e do otimismo causados pelos resultados apresentados com o uso da medicação, como o aumento de CD4 e a diminuição da carga viral.

Apesar da baixa frequência dos pacientes que não realizaram o rodízio nas aplicações (8,1%) e que não realizaram a massagem após as aplicações (27%), esses dados preocupam quando pensamos, a longo prazo, no uso desta droga injetável subcutânea. É importante lembrar que alguns pacientes (35,1%) utilizaram produtos sem a recomendação da equipe de saúde, entretanto, o seu uso pode estar sendo benéfico, devendo ser investigada pela equipe a sua eficácia clínica.

Quanto aos locais de aplicação, constatamos que 46% dos pacientes também usam regiões não orientadas pela enfermagem, cabendo ao enfermeiro fornecer o suporte necessário para a orientação dos pacientes a fim de manter a integridade da pele.

Esse suporte, segundo o consenso clínico para o uso de enfuvirtida, deve abordar 100% dos pacientes que começam a utilizar este fármaco, com dose supervisionada por um profissional de enfermagem. Em Porto Alegre, 5,4% dos pacientes não tiveram auxílio de um enfermeiro e 28,9% não tiveram a primeira dose supervisionada. Embora 100% dos usuários tenham referido que se sentem seguros e preparados para realizar as injeções, podem apresentar dificuldades na administração da droga, principalmente entre os pacientes que não têm auxílio de um familiar para a aplicação (59,5%).

Independentemente do tempo de infecção, quase metade dos pacientes (45,9%) não soube diferenciar HIV de aids. A equipe deve se questionar sobre o que está sendo oferecido aos usuários em nossos serviços, tanto no nível individual, como nas consultas médicas e de enfermagem, quanto na abordagem coletiva, como nos grupos focais, nem sempre disponibilizados nos serviços e que constituem espaços privilegiados de troca de informações entre a equipe de saúde e o usuário. Conhecer o seu estado

de saúde-doença permite ao usuário uma maior autonomia em relação à tomada de decisões sobre as questões relacionadas a mudanças de comportamento, a valorização da saúde e à percepção de riscos.

Os achados sobre a avaliação do impacto do uso de enfuvirtida na vida diária foram diferentes das dificuldades relatadas pelos primeiros usuários ao autor, em um dos centros de referência. A maioria dos pacientes (81%) referiu que as aplicações não interferem nas atividades diárias. Entretanto, devemos estar atentos à assistência adequada àqueles pacientes que enfrentam dificuldades com as aplicações, fornecendo suporte àqueles que apresentaram respostas “bastante” e “extremamente” para limitações para viajar longe de casa (27%) e privacidade sobre a saúde (24%), o que pode favorecer o risco para a baixa adesão desses pacientes.

As dificuldades na administração da droga, relatadas ao autor pelos seus primeiros usuários, também foram diferentes dos resultados avaliados nesta categoria. Os pacientes não encontraram dificuldade para administrar a medicação injetável, entretanto, 29,7% acharam “difícil” encontrar um local para aplicar. Acredita-se que o elevado percentual de nódulos apresentado pelos usuários de enfuvirtida tenha contribuído para a dificuldade de encontrar um local para aplicá-la, por isso devemos salientar a importância dos cuidados na aplicação para a prevenção de efeitos adversos, preservando os tecidos e permitindo o uso contínuo da droga. Os achados relacionados à dificuldade na administração foram semelhantes aos encontrados por Cohen, exceto pela dificuldade de encontrar um local para aplicar, não citada no estudo.²⁵

É imprescindível fazer o acompanhamento de todos os pacientes, mesmo antes de iniciar as aplicações, fornecendo escuta e esclarecimentos de acordo com as necessidades do usuário. As orientações devem ser constantes, com retornos regulares pelo menos até o primeiro ano de uso, com doses periodicamente supervisionadas pela enfermagem. A participação em encontros de adesão deve ser estimulada entre os usuários de enfuvirtida, possibilitando um espaço de troca de informações entre os pacientes e a intervenção da equipe de saúde. Os profissionais de saúde devem estar conscientes da importância da adesão ao tratamento, e da sua divulgação entre os pacientes, a fim de evitar a resistência viral a este novo anti-retroviral. É sugerido, também, que se realizem estudos com dose supervisionada, para relacionar os pacientes que não apresentam dificuldades em aplicar o medicamento, mas que podem apresentar erros durante a administração do fármaco.

CONCLUSÃO

O estudo reforça a necessidade do acompanhamento direto por um profissional de enfermagem – visto que os procedimentos podem parecer fáceis, mas requerem boa técnica para diluição, aspiração e aplicação do medicamento a fim de diminuir os efeitos adversos locais – e das orientações sobre os cuidados após a aplicação.

Tabela 1 – Dificuldade na administração de enfuvirtida.

Qual o grau de dificuldade você encontra para:	Muito fácil	Fácil	Nem fácil nem difícil	Difícil	Muito difícil
Dar você mesmo as injeções	4 (10,8%)	19 (51,4%)	11 (29,7%)	3 (8,1%)	—
Manter sua medicação refrigerada	5 (13,5%)	26 (70,3%)	3 (8,1%)	3 (8,1%)	—
Preparar sua medicação para injeção	8 (21,6%)	23 (62,2%)	5 (13,5%)	1 (2,7%)	—
Dissolver a medicação na água para a aplicação	8 (21,6)	21 (56,8%)	3 (8,1%)	5 (13,5%)	—
Disposição de via (local para aplicação)	2 (5,4%)	11 (29,7%)	13 (35,1%)	11 (29,7)	—
Aspirar a medicação para injeção	10 (27%)	16 (43,2%)	10 (27%)	1 (2,7%)	—
Descarte dos pífuro-cortantes	15 (40,5%)	15 (40,5%)	4 (10,8%)	1 (2,7%)	2 (5,4%)

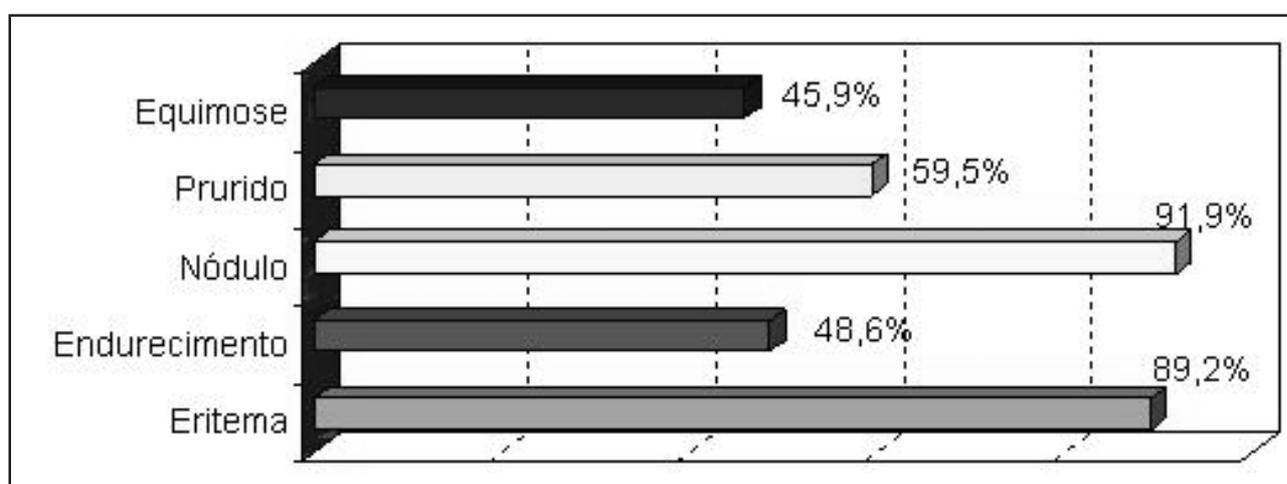
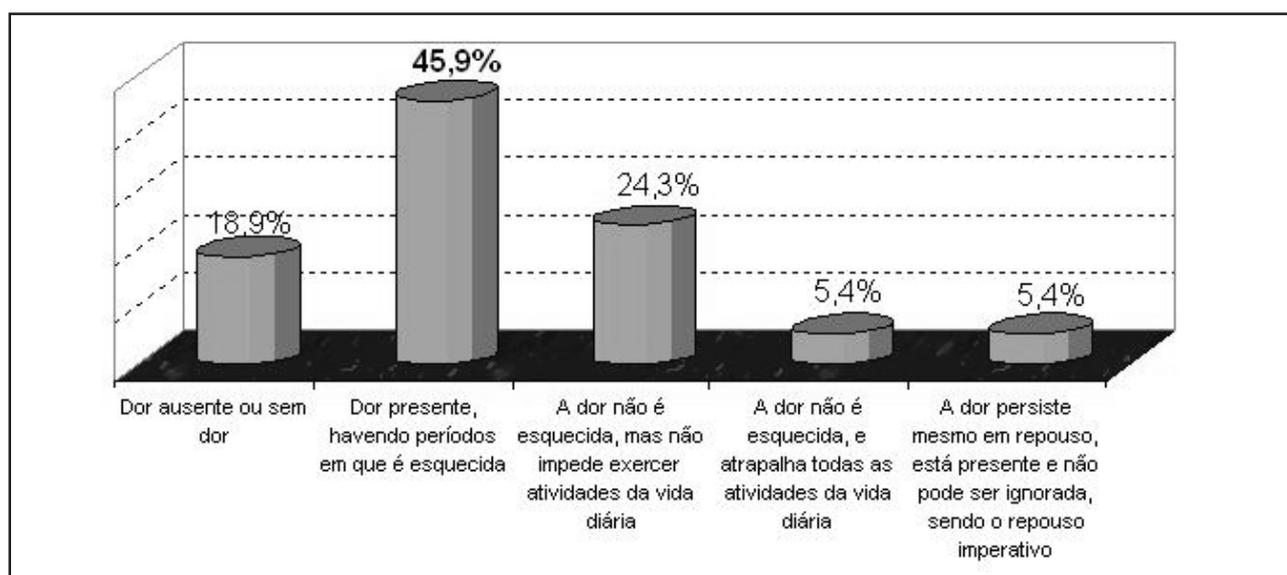
Gráfico 1 – Efeitos adversos no local da aplicação.**Gráfico 2** – Dor referida nos locais de aplicação.

Gráfico 3 – Impacto das injeções nas atividades diárias.

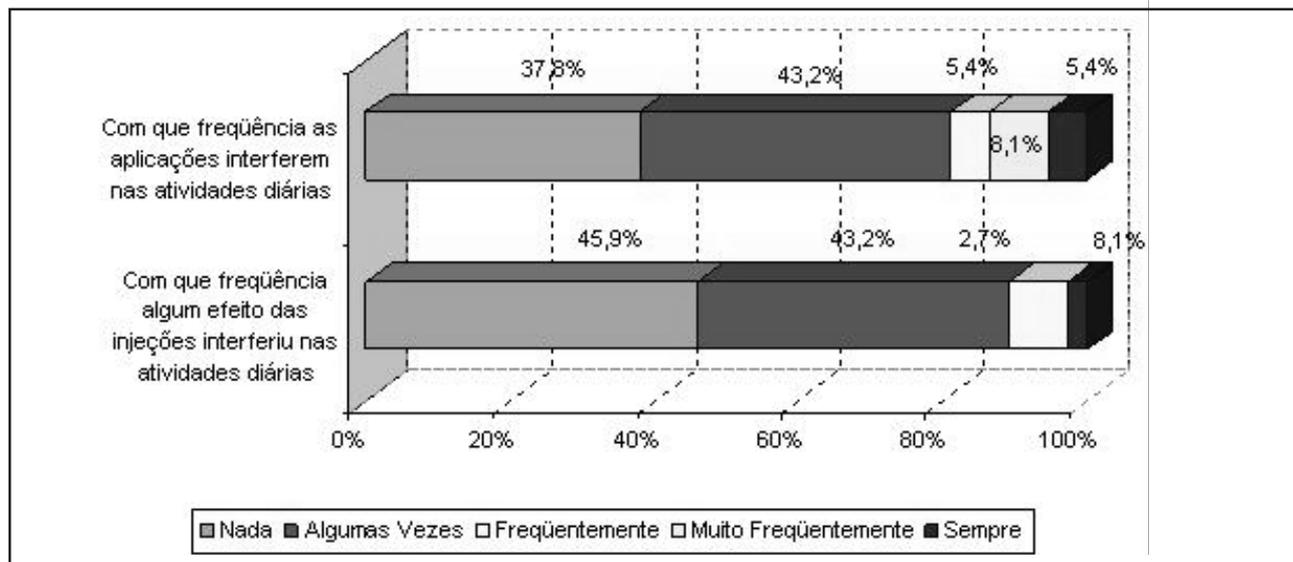
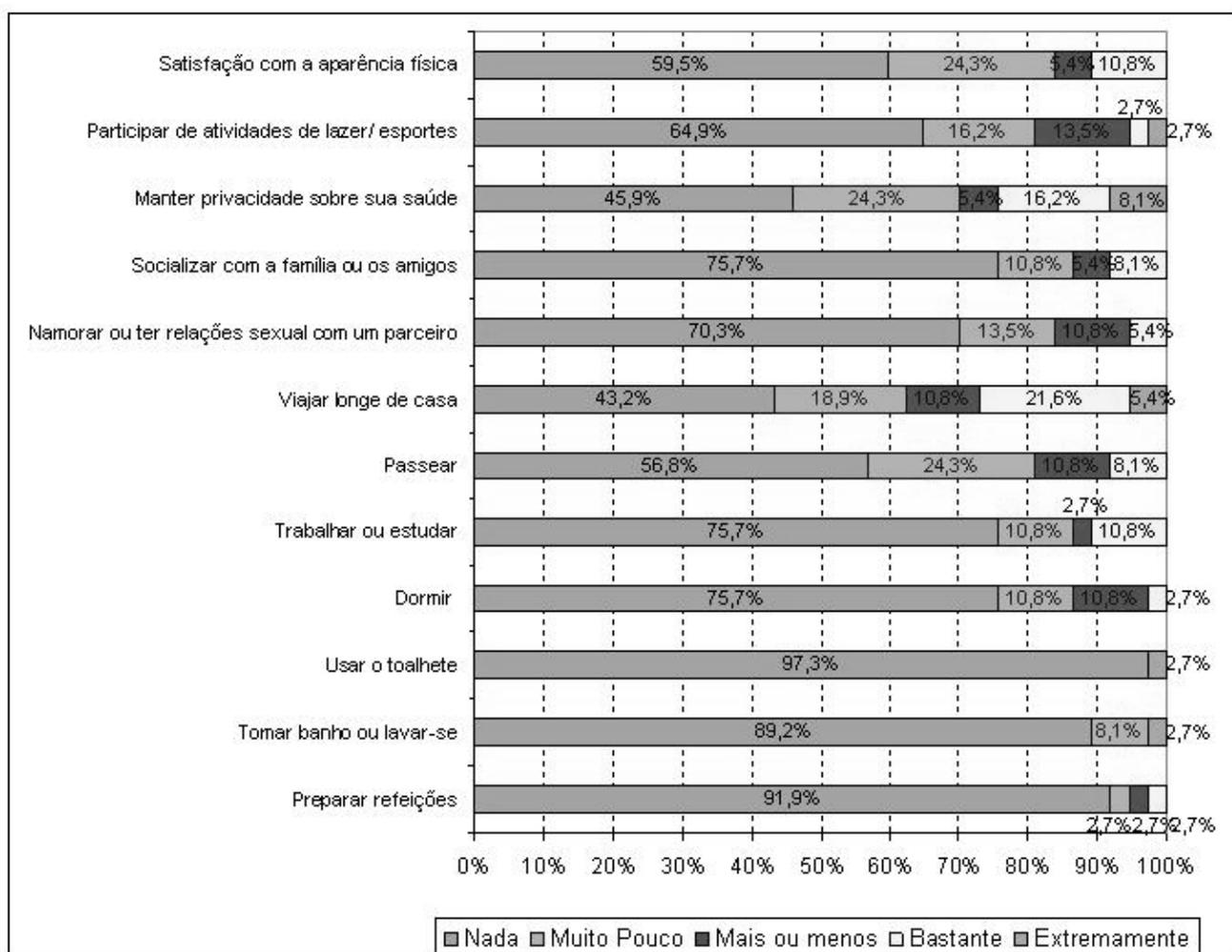


Gráfico 4 – Limitações em desenvolver as atividades diárias.



Agradecimentos

Aos profissionais e pacientes, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, do Grupo Hospitalar Conceição, do Serviço de Atenção Especializada em HIV/AIDS do Centro de Saúde Vila dos Comerciantes e do Ambulatório de Dermatologia Sanitária.

Às Enfermeiras Gisele Inchauspe Preusler e Maria da Glória Piazza, por despertar em mim o interesse pela assistência ao HIV/AIDS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil, Ministério da Saúde: Boletim Epidemiológico de AIDS. Disponível em <http://www.aids.gov.br> (acessado em 20/10/05).
2. Dourado I, Veras MASM, Barreira D et al. Tendências da epidemia de AIDS no Brasil após a terapia anti-retroviral. *Revista de Saúde Pública* 2006; 40 (supl): 9-17.
3. Rachid M, Schechter M. Manual de HIV/AIDS. 8ª Ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2005.
4. Chesney MA, Ickovics JR, Chambers DB, et al. Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: the Adult AIDS Clinical Trials Group (AACTG) Adherence Instrument. *AIDS Care* 2000; 12: 255-266.
5. Grangeiro A, Teixeira L, Bastos F, et al. Sustentabilidade da política de acesso a medicamentos anti-retrovirais no Brasil. *Revista de Saúde Pública* 2006, 40, (supl): 60-69.
6. Paterson DL, Swindels S, Mohr J, et al. How much adherence is enough: A preparative study of adherence to protease inhibitor therapy using MemsCaps. 6th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Chicago, the USA; 1999.
7. Roche, Produtos Químicos e Farmacêuticos S.A.: Monografia do Produto. São Paulo; 2005.
8. Lalezari JP, Eron JJ, Carlson M, et al. A phase II clinical study of the long-term safety and antiviral activity of enfuvirtide-based antiretroviral therapy. *AIDS* 2003;17:691-698.
9. Lazzarin A, Clotet B, Cooper D, et al. Efficacy of Enfuvirtide in patients in infected with drug-resistant HIV-1 in Europe and Australia. *New England Journal of Medicine* 2003; 348:2186-2195.
10. Kilby JM, Hopkins S, Venetta TM, et al. Potent suppression of HIV-1 replication in humans by T-20, a peptide inhibitor of gp41-mediated virus entry. *Nature Medicine* 1998; 4:1302-1307.
11. Drobnes C, Fang L, Nelson E, et al. Tolerability of enfuvirtide (T-20) during chronic therapy in phase II trial. 42nd International Conference on Antiviral Agents and Chemotherapy. San Diego, USA, 27-30 September 2002.
12. Eron JJ, Delfraisse J, Kuritzkes D, et al. Safety of enfuvirtide through 48 weeks of therapy in TORO trials. 43rd Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. Chicago, USA, 14-17 September 2003; Poster H-836.
13. Green J & Wintfeld NP. Patient acceptance with self-injection of enfuvirtide (T-20) for HIV over 24 weeks of treatment. 6th International Congress on Drug Therapy in HIV Infection. Glasgow, UK, 17-21 November 2002.
14. Martín J, Escobar I, Rubio R, et al. Study of the Validity of a Questionnaire to Assess the Adherence to Therapy in Patients Infected by HIV. *Recomendaciones HIV Clinical Trials* 2001;2(1):31-37.
15. Pratt RJ, Robinson N, Loveday HP, et al. Adherence to Antiretroviral Therapy: Appropriate Use of Self-Reporting in Clinical Practice. *HIV Clinical Trials* 2001;2(2):146-159.
16. Carvalho CV, Duarte DB, Merchán-Hamane, Bicudo E, Laguardia J. Determinantes da aderência à terapia anti-retroviral combinada em Brasília, Distrito Federal, Brasil, 1999-2000. *Cadernos de Saúde Pública* 2003; 19 (2): 593-604.
17. Chesney MA, Ickovics JR, Chambers DB, et al. Self-reported adherence to antiretroviral medication among participants in HIV clinical trial: the AACTG adherence instruments. *AIDS CARE* 2000;12:255-6.
18. Gir E, et al. Adesão à terapêutica anti-retroviral por indivíduos com HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 2005; 13 (5): 634-641.
19. Júnior LL, Greco DB, Carneiro M. Avaliação da aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/AIDS. *Revista de Saúde Pública* 2001; 5 (6): 495-501.
20. Silveira VL. Característica do regime anti-retroviral e adesão ao tratamento. *JBDI* 2003; 7 (3): 194-201.
21. Green J & Wintfeld N. Patient acceptance with self-injection of enfuvirtide (T-20) for HIV over 24 weeks of treatment. 6th International Congress on Drug Therapy in HIV Infection. Glasgow, UK, 17-21 November 2002.
22. Lazzarin A. Enfuvirtide: the first HIV fusion inhibitor. *Expert Opinion Pharmacother*. Ashley Publications; 2005.
23. Rockstroh JK, Mauss S. Clinical perspective of fusion inhibitors for treatment of HIV. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy, the British Society for Antimicrobial Chemotherapy*, 2004.
24. Clotet B et al. Clinical management of treatment-experienced, HIV-infected patients with the fusion inhibitor enfuvirtide: consensus recommendations. *AIDS* 2004, Vol 18 Nº 8.
25. Cohen C, Hellinger J, Johnson M, et al. Patient Acceptance of Self-Injected Enfuvirtide at 8 and 24 Weeks. *HIV Clinical Trials* 2003; 5:347-357.

Endereço para correspondência:

THIAGO CUNHA DOS SANTOS

Rua Dona Cristina, 391, Bairro Cristal, CEP 90830-560, Porto Alegre - RS,

Tel: 99473586 32666274

E-mail: thiagoenf@ig.com.br

Recebido em: 24/03/2007

Aprovado em: 17/05/2007