

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA
NA ADESÃO A TERAPIA ANTIRRETROVIRAL
NO HIV/AIDS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Laura Vielmo

Santa Maria, RS, Brasil.

2013

A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NA ADESÃO A TERAPIA ANTIRRETROVIRAL NO HIV/AIDS

Laura Vielmo

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Ciências da Saúde.**

Orientadora: Prof. Dra. Marli Matiko Anraku de Campos
Co-orientadora: Prof. Dra. Sandra Trevisan Beck

Santa Maria, RS, Brasil.
2013

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Vielmo, Laura
A Importância da Atenção Farmacêutica na Adesão a
Terapia Antirretroviral no HIV/Aids / Laura Vielmo.-2013.
59 p.; 30cm

Orientadora: Marli Matiko Anraku de Campos
Coorientadora: Sandra Trevisan Beck
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Ciências da Saúde, RS, 2013

1. Atenção Farmacêutica 2. Adesão 3. HIV/AIDS 4.
Antirretrovirais I. Matiko Anraku de Campos, Marli II.
Trevisan Beck, Sandra III. Título.

© 2013

Todos os direitos autorais reservados a Laura Vielmo. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

E-mail: laurinhavielmo@gmail.com

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NA ADESÃO A
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL NO HIV/AIDS**

elaborada por
Laura Vielmo

Como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Ciências da Saúde

COMISSÃO EXAMINADORA:

Marli Matiko Anraku de Campos Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Sandra Trevisan Beck, Dra. (UFSM)
(Co-orientador)

Adriana Dornelles Carpes, Dra. (UNIFRA)

Gizele Scotti do Canto, Dra. (UFSM)

Santa Maria, 23 de julho de 2013

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às pessoas que vivem com HIV/AIDS, em especial às que pude conviver, atender e aprender durante o período de minha Residência Multiprofissional e de meu Mestrado Profissional.

AGRADECIMENTOS

À Deus que está sempre presente, em cada passo, em cada decisão, em cada etapa concluída;

Aos meus pais Ivonete e João Francisco por proporcionar-me condições de estudar e alegrarem-se com minhas conquistas;

À professora Marli Matiko Anraku de Campos por aceitar-me como orientada e proporcionar-me mais um degrau em meus estudos;

À professora Sandra Trevisan Beck também pela disponibilidade em orientar-me, pela solicitude e empenho para com meu aprendizado e por sempre mostrar-me os caminhos a seguir com dedicação e tranquilidade. Foste mais que uma orientadora;

Às professoras Gizele Scotti do Canto e Adriana Dornelles Carpes por dedicarem seu tempo na avaliação desse trabalho;

A UFSM, ao Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde, a sua coordenação e seus professores;

Ao Hospital Universitário de Santa Maria, ao Serviço de Farmácia e especial a Unidade Distribuidora de Medicamentos Antirretrovirais e, também ao setor de carga viral do Laboratório de Análises Clínicas;

À farmacêutica Cláudia Sala Andrade por acreditar na importância desse trabalho e pelos conhecimentos transmitidos sobre HIV/AIDS;

À Cátia Lourenci pela amizade e coleguismo durante o período de coleta de dados, pois sem seu auxílio a coletada dos dados tornar-se-ia muito difícil;

À minha família pela torcida e incentivo carinhoso e por alegrar-se com minhas conquistas e em especial a tia Silvia pelo auxílio nas traduções;

Ao meu namorado pelo incentivo na busca de meus objetivos;

Aos meus colegas de residência multiprofissional que me acompanharam nessa caminhada e tornaram-se grandes amigos, em especial aos queridos Rosana Engel, Juliana Reckzieguel, Leonardo Dachi e Natália Cancian, sempre dispostos a me ajudar;

À todos meus amigos, em especial à Jucimara Baldissarelli, querida amiga, pela prontidão em auxiliar-me sempre que preciso;

Agradecer é fundamental, nada somos sozinhos e nada somos sem valorizar àqueles que dedicaram um pouco ou muito do seu tempo em nosso favor

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Universidade Federal de Santa Maria

A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NA ADESÃO A TERAPIA ANTIRRETROVIRAL NO HIV/AIDS

Autora: Laura Vielmo
Orientadora: Marli Matiko Anraku de Campos
Coorientadora: Sandra Trevisan Beck
Data e local da defesa: Santa Maria, 23 de julho de 2013.

Com a cronicidade da AIDS e o crescente número de pacientes em uso de Terapia Antirretroviral (TARV) a monitorização da adesão ao tratamento se tornou uma das prioridades em saúde pública, pois da manutenção de altas taxas de adesão depende o sucesso do tratamento. Diante do quadro de cronicidade da doença, surgem desafios, determinando a necessidade de novas práticas relacionadas ao monitoramento da adesão das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA) e diante desse contexto, a Atenção Farmacêutica apresenta-se como um dos instrumentos para melhorar a adesão a TARV, uma vez que estudos mostram que a Atenção Farmacêutica é capaz de melhorar a adesão. Assim, objetivou-se avaliar a influência da Atenção Farmacêutica na adesão aos antirretrovirais em PVHA em início de tratamento em uma Unidade Dispensadora de Medicamentos Antirretrovirais (UDM). Para tal, foi realizado um estudo longitudinal com amostragem por conveniência onde se incluiu pacientes em início de TARV virgens de tratamento, alocados em dois grupos de estudo. O grupo intervenção recebeu Atenção Farmacêutica e acompanhamento, enquanto que, o grupo controle seguiu a rotina de atendimento do serviço. A adesão ao tratamento foi comprovada através de autorrelato, regularidade nas retiradas de ARV e evolução da carga viral. O perfil das PVHA incluídas neste estudo apresentou características sócias demográficas que seguem as tendências epidemiológicas nacionais. A adesão a TARV apresentou melhores resultados no grupo de intervenção. Verificou-se que, o maior número de abandonos no grupo controle ocorreu quando os pacientes recebiam acompanhamento médico nos serviços de saúde público em comparação com os particulares. Os resultados do estudo permitiram o desenvolvimento de um Protocolo de Atenção Farmacêutica para aplicação na rotina da UDM.

Palavras-chave: Atenção farmacêutica. Adesão. HIV/AIDS. Antirretrovirais.

ABSTRACT

Master's Dissertation
Post-Graduate Program in Health Sciences
Federal University of Santa Maria

THE IMPORTANCE OF PHARMACEUTICAL CARE IN ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL THERAPY ON HIV / AIDS

Author: Laura Vielmo
Adviser: Marli Matiko Anraku Campos
Co-Adviser: Sandra Beck Trevisan
Date and place of defense: Santa Maria, July 23th, 2013.

With chronicity of AIDS and the increasing number of patients on Antiretroviral Therapy (ART) monitoring of adherence to treatment has become a priority in public health, for maintenance of high rates of adherence depends on the success of treatment.

In front of a situation of chronic disease, challenges arise, determining the need for new practices related to adherence monitoring of People Living with HIV/AIDS (PLWHA) and before this context, the Pharmaceutical Care presents itself as an instrument to improve adherence to TARV, since studies show that the Pharmaceutical Care is able to improve adherence.

So, the objective was to evaluate the influence of Pharmaceutical Care on adherence to antiretrovirals in PVHA starting treatment in a Dispenser Unit Antiretroviral Drugs (UDM).

The longitudinal study has been realized with convenience sampling where included patients starting TARV in naïve patients, were divided into two study groups. The intervention group received Pharmaceutical care and monitoring, while the control group followed the routine care of the service. Adherence to treatment was confirmed by self-report, regular withdrawals of ARV and evolution of viral load.

The profile of PLHA included in this study presented social demographic characteristics that follow the national epidemiological trends. Adherence to antiretroviral therapy showed better results in the intervention group. It was found that the highest number of dropouts in the control group occurred when patients given medical follow-up in public health services compared with individuals.

The results of the study allowed the development of a protocol for application in Pharmaceutical care routine UDM.

Keywords: Pharmaceutical Care, Adherence, HIV/AIDS, Antiretrovirals.

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Tabela 1 – Caracterização dos participantes em função do perfil sócio demográfico	36
Tabela 2 – Caracterização dos participantes do estudo em função das variáveis clínicas	38
Tabela 3 – Frequência de pacientes que abandonaram a TARV em relação ao local de acompanhamento médico	39
Tabela 4 – Relação entre o grau de adesão e esquema antirretroviral inicial.....	40
Tabela 5 – Tempo de diagnóstico e correlação positiva entre autoconhecimento e conhecimento aferido sobre HIV/AIDS	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	– Síndrome Imunodeficiência Adquirida
ARV	– Antirretroviral
AZT	– Zidovudina
DST	– Doenças Sexualmente Transmissíveis
EFV	– Efavirenz
HIV	– Vírus da Imunodeficiência Humana
HU	– Hospital Universitário
IP	– Inibidor de Protease
ITRNN	– Inibidor da Transcriptase Reversa Não Análoga a Nucleosídeos
ITRN/ITRNt	– Inibidor da Transcriptase Reversa Análoga a Nucleosídeos/Nucleotídeo
LAC	– Laboratório de Análises Clínicas
LOP/r	– Lopinavir potencializado com ritonavir
LT-CD4	– Linfócito T- CD4
MS	– Ministério da Saúde
OMS	– Organização Mundial da Saúde
OPAS	– Organização Pan-americana de Saúde
PRM	– Problema Relacionado a Medicamento
PVHA	– Pessoas Vivendo com HIV/AIDS
SICLOM	– Sistema de Controle e Logística de Medicamentos
SISCEL	– Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SUS	– Sistema Único de Saúde
TARV	–Terapia Antirretroviral
TDF	– Tenofovir
UDM	– Unidade Dispensadora de Medicamentos Antirretrovirais
3TC	– Lamivudina

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento para 1ª consulta farmacêutica	53
APÊNDICE B – Instrumento para consultas farmacêuticas de acompanhamento.....	57
APÊNDICE C – Instrumento para última consulta farmacêutica	59
APÊNDICE D – Instrumento para coleta de dados do grupo controle	61
APÊNDICE E – Protocolo de Atenção Farmacêutica às PVHA em início de terapia antirretroviral.....	62

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1 Atenção Farmacêutica	15
3.1.1 Atenção Farmacêutica no contexto do HIV/AIDS	17
3.2 Tratamento Antirretroviral	17
3.3 Adesão ao Tratamento Antirretroviral	20
3.3.1 Métodos para Aferir a Adesão à Terapia Antirretroviral	21
3.4 Unidade Dispensadora de Medicamentos Antirretrovirais: Caracterização do Local de Estudo	22
4 MATERIAL E MÉTODOS	24
4.1 Casuística	24
4.1.1 Critérios de Inclusão	24
4.1.2 Critérios de exclusão	25
4.2 Logística	25
4.3 Variáveis em estudo	26
4.3.1 Grupo Intervenção	26
4.3.2 Grupo Controle	27
4.4 Análise Estatística	27
4.5 Considerações Éticas	28
5 MANUSCRITO	29
RESUMO	30
ABSTRACT	30
RESUMEN	31
INTRODUÇÃO	31
METODOLOGIA	33
RESULTADOS	35
CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS	46
6 CONCLUSÃO	49
BIBLIOGRAFIA	50

1 INTRODUÇÃO

Com o advento da Terapia Antirretroviral (TARV) a Síndrome da imunodeficiência Adquirida (AIDS) causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) assumiu características de doença crônica (SCHECHTER, RACHID, 2008; POLEJACK, SEIDL, 2010).

Com o crescente número de pacientes em uso de TARV a monitorização do tratamento, desde seu início, tornou-se uma das prioridades em saúde pública (BISSON et al., 2008). Diante do quadro de cronicidade da doença, surgem desafios, determinando a necessidade de novas práticas relacionadas ao tratamento e monitoramento da adesão das PVHA ao tratamento (SCHECHTER, RACHID, 2008; POLEJACK, SEIDL, 2010), pois o sucesso da TARV depende da manutenção de elevadas taxas de adesão ao tratamento medicamentoso (SOUZA et al., 2010).

A dinâmica envolvida no tratamento da AIDS torna a adesão aos ARVs um processo complexo. Manter altos índices de uso de medicamentos exige que profissionais e usuários busquem constantemente estratégias para o enfrentamento dos obstáculos à adesão (CARACIOLO, SHIMMA, 2007). Com o início da TARV, as dificuldades dos pacientes se ampliam e carecem de maior atenção, pois é sabido que os primeiros meses de uso de ARVs são decisivos para o futuro do tratamento (BRASIL, 2008).

Diante do exposto e, devido à necessidade de alta adesão para atingir os resultados terapêuticos esperados, além da complexidade envolvida no tratamento da AIDS, a Atenção Farmacêutica se apresenta como instrumento para buscar melhor adesão à TARV. Uma vez que, estudos sugerem que a Atenção farmacêutica seja uma ferramenta para aumentar a adesão aos ARVs e proporcionar benefícios clínicos (CODINA, DELGADO, 2001; VENTURA, ALÓS, 2004), além de sugerir aumento do vínculo do usuário com o serviço (SILVEIRA, 2009).

Nesse contexto, houve a necessidade de avaliar o impacto da Atenção Farmacêutica, por meio do acompanhamento farmacoterapêutico, na adesão ao tratamento das PVHA em início de TARV atendidas na Unidade Dispensadora de Medicamentos Antirretrovirais (UDM) de um Hospital Universitário (HU). Além de, implantar um protocolo de atendimento a fim de uniformizar a rotina de Atenção Farmacêutica da UDM.

Essa implantação é justificada pelo fato de que os pacientes utilizando corretamente os ARVs terão melhor qualidade de vida, diminuição na necessidade de troca de esquema ARV devido à resistência viral e da morbimortalidade por AIDS. Como consequência, a redução de internações hospitalares decorrentes de infecções oportunistas, acarretará maior economia para o Sistema de Saúde.

2 OBJETIVOS

Instituir a Atenção Farmacêutica por meio do Acompanhamento Farmacoterapêutico às pessoas vivendo com HIV/AIDS atendidos em uma unidade dispensadora de medicamentos antirretrovirais do Hospital Universitário de Santa Maria, RS.

Avaliar o impacto da Atenção Farmacêutica na adesão ao tratamento antirretroviral;

Otimizar o tratamento medicamentoso nos pacientes acompanhados que apresentem problemas relacionados à medicamentos;

Identificar fatores associados à adesão aos antirretrovirais;

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Atenção Farmacêutica

Em 1990, Hepler e Strand utilizaram pela primeira vez na literatura científica o termo “Pharmaceutical Care”, que foi traduzido em nosso país para Atenção Farmacêutica. Os autores definiram que a “Atenção Farmacêutica é a provisão responsável do tratamento farmacológico com o objetivo de alcançar resultados satisfatórios na saúde, melhorando a qualidade de vida do paciente” (HEPLER, STRAND, 1990).

No Brasil, o conceito de Atenção Farmacêutica foi oficializado a partir de discussões lideradas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Organização Mundial de Saúde (OMS), Ministério da Saúde (MS), entre outros e considera-a:

Um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica e compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, buscando uma farmacoterapia racional e à obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida, sempre envolvendo as concepções dos seus sujeitos, respeitando as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (IVAMA, 2002).

Neste contexto, em seis de maio de 2004, a resolução de Nº 338 do Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica onde destaca a atuação do farmacêutico na promoção da saúde e o uso racional de medicamentos, englobando ações referentes à Atenção farmacêutica (BRASIL, 2004).

O objetivo da prática da Atenção Farmacêutica é promover o melhor controle da doença. Para isso, usa como recursos o empoderamento dos pacientes em relação aos seus medicamentos, a melhora na comunicação entre a equipe de saúde, uma maior organização dos serviços e identidade do profissional farmacêutico. Dessa forma, possibilita contribuir para a redução dos erros de medicação e reações adversas (SILVEIRA, 2009).

Com esse conceito, o farmacêutico volta a cumprir o seu papel perante a sociedade, na corresponsabilização pelo bem estar do paciente, e trabalha para que esse não tenha sua qualidade de vida comprometida por um problema evitável, decorrente de uma terapia farmacológica. Esse é um compromisso de extrema relevância, já que os eventos adversos a

medicamentos são considerados uma “patologia” emergente e são responsáveis por grandes prejuízos, sejam de ordem financeira ou de vida (OTERO, DOMINGUEZ, 2000).

A Atenção Farmacêutica, segundo Hepler e Strand (1990), deve estar focada no acompanhamento farmacoterapêutico documentado do paciente, com a finalidade de promover resultados que melhorem a sua qualidade de vida. Esse conceito continua a ser o mais aceito entre os pesquisadores. Esses acreditam que a Atenção Farmacêutica é a parte prática da interação do farmacêutico com o paciente tendo, como ponto principal, a correlação das necessidades deste último com os medicamentos (PEREIRA, FREITAS, 2008).

O acompanhamento ou seguimento farmacoterapêutico é um componente da Atenção Farmacêutica e configura um processo no qual o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do usuário relacionadas ao medicamento, por meio da detecção, prevenção e resolução de Problemas Relacionados a Medicamentos (PRMs). Um PRM é definido como: “Um problema de saúde, relacionado ou suspeito de estar relacionado à farmacoterapia, que interfere ou pode interferir nos resultados terapêuticos e na qualidade de vida do usuário”. Pode ser ocasionado por diferentes causas, como as relacionadas ao sistema de saúde, ao usuário e seus aspectos bio-psico-sociais, aos profissionais de saúde e ao medicamento. A identificação de PRM segue os princípios de indicação, efetividade e segurança, próprios da farmacoterapia (IVAMA, 2002).

Para o acompanhamento farmacoterapêutico pode-se utilizar de elementos da entrevista farmacêutica proposta pela metodologia Dáder (MACHUCA, FERNANDEZ-LLOIÓS, FAUS, 2005), onde os farmacêuticos verificam quais medicamentos são utilizados pelo paciente, se tal utilização vem sendo feita de forma correta e se o paciente apresenta histórico de reações adversas ou alérgicas à medicamentos.

Além do acompanhamento farmacoterapêutico, a promoção da saúde, também, é componente da Atenção Farmacêutica, e deve ser realizada conjuntamente ao acompanhamento (IVAMA, 2002).

3.1.1 Atenção Farmacêutica no contexto do HIV/AIDS

No contexto de enfrentamento da AIDS o MS elaborou o Protocolo de Assistência Farmacêutica em Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/HIV/AIDS. Esse protocolo apresenta o cuidado ao paciente como um dos objetivos centrais, tendo na dispensação dos Antirretrovirais (ARVs) um dos pontos de contato mais importantes do sistema de saúde com os usuários no campo da Atenção Farmacêutica. Identifica, nesse encontro, a permissão aos farmacêuticos da orientação e repasse de informações ao usuário, além de troca de informações (BRASIL, 2010).

Estudos sugerem que a Atenção farmacêutica seja uma ferramenta importante para aumentar a adesão aos ARV e proporcionar benefícios clínicos aos usuários desses medicamentos (CODINA et al., 2004; MCPHERSON-BAKER, SCHNEIDERMAN, 2000; VENTURA, ALÓS, 2004) além da possibilidade de melhorar o vínculo do usuário com o serviço (SILVEIRA, 2009). Esses fatos, no contexto de adesão aos ARVs, tem importância justificada uma vez que Caraciolo et al. (2007) demonstrou que a baixa adesão à TARV leva a diminuição da eficácia do tratamento, a piora clínica do paciente, a disseminação de cepas resistentes e a consequente redução das opções terapêuticas para o paciente e para aqueles que futuramente possam contaminar-se com essas cepas.

3.2 Tratamento Antirretroviral

O Programa Nacional de Controle da Infecção pelo HIV/AIDS do Brasil foi considerado modelo de enfrentamento nessa temática para o mundo (BRASIL, 2010).

Em novembro de 1996, com a promulgação da Lei 9.313, o Brasil se tornou o primeiro país a garantir às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA) o direito de receber gratuitamente todos os medicamentos necessários ao seu tratamento através do Sistema Único de Saúde (SUS). Os medicamentos ARVs incluem-se no Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, sendo adquiridos pelo MS e distribuídos exclusivamente nas UDMs na rede pública de saúde suprimindo, também, as necessidades de pacientes da rede privada (BRASIL, 1996).

Para tratamento de infecções oportunistas e outras DST, os medicamentos são adquiridos pelos estados, de acordo com pactuações estabelecidas entre as três esferas de governo que compõem o SUS. O MS através da Secretaria de Vigilância em Saúde, do programa Nacional de DST e AIDS, regulamenta toda a liberação de medicamentos ARVs às PVHA no país através do Sistema Informatizado de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). Esse sistema tem, como objetivo, o gerenciamento logístico dos ARV e proporciona a atualização em relação ao fornecimento de medicamentos aos pacientes em TARV, nas várias regiões do país. Além disso, possibilita a obtenção de informações clínico laboratoriais em relação as PVHA e sobre o uso de diferentes esquemas terapêuticos. As principais funções do SICLOM são o cadastramento dos usuários em TARV, o controle da dispensação mensal de medicamentos e o controle de estoque dos ARVs (SICLOM GERENCIAL, 2013).

No Brasil, a relação de ARVs é composta por 19 princípios ativos e uma dose fixa combinada, disponibilizados em 38 apresentações farmacêuticas para uso adulto e pediátrico. Atualmente, dez ARVs são produzidos no Brasil, por laboratórios públicos e um privado (BRASIL, 2012).

Os ARVs são classificados em classes dos Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos/Nucleotídeos (ITRN/ITRNt) - zidovudina (AZT), lamivudina (3TC), tenofovir (TDF), estavudina, abacavir e didanosina; Inibidores Não Nucleosídeos da Transcriptase Reversa (ITRNN) - efavirenz (EFV), nevirapina e etravirina; Inibidores de Protease (IP) - atazanavir, darunavir, fosamprenavir, indinavir, lopinavir/r (LOP/r), ritonavir, saquinavir e tipranavir; Inibidores de Fusão - enfuvirtida; Inibidores da Integrase - raltegravir. (BRASIL, 2013).

A instituição da TARV não espera erradicar a infecção pelo HIV, mas sim, diminuir sua morbimortalidade, melhorando a qualidade e a expectativa de vida das PVHA (BRASIL, 2013).

Na maioria dos casos, a TARV reduz rapidamente a carga viral plasmática de pacientes assintomáticos e virgens de tratamento. Em paralelo, há um aumento gradual de linfometria de células Linfócito T-CD4 (LT-CD4). O objetivo da terapia é a inibição duradoura da replicação viral de forma que seja atingida e mantida uma resposta imune eficaz contra a maioria dos patógenos (SCHECHTER, RACHID, 2008).

Os critérios para início de TARV são estabelecidos através do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Adultos Vivendo com HIV/AIDS. Esse tem suas versões atualizadas periodicamente. Em sua versão preliminar de 2013 a recomendação de início

precoce da TARV considera, além dos benefícios relacionados à redução da morbimortalidade em PVHA, a diminuição da transmissão da infecção e o impacto na redução da tuberculose, a qual constitui principal causa de óbitos em PVHA no Brasil. Ainda, reforça a importância de trabalhar a adesão para garantir que essa estratégia de enfrentamento alcance seus objetivos (BRASIL, 2013).

A TARV está indicada para todos os indivíduos sintomáticos, independentemente da contagem de LT-CD4. Para os assintomáticos, está indicada nos casos de LT-CD4 menor ou igual a 500 células/mm³ e LT-CD4 acima de 500 células/mm³ na coinfeção pelo vírus da hepatite B (BRASIL, 2013).

Para o esquema inicial se deve incluir três ARVs, sendo dois ITRN/ITRNt associados a um ITRNN (preferencial) ou IP/r (alternativo). A dupla de ITRN/ITRNt recomendada para iniciar o tratamento é AZT/3TC ou TDF/3TC (BRASIL, 2013).

Diante da equivalência dos esquemas com ITRNN em relação a IP/r, recomenda-se como preferencial para compor o esquema de tratamento inicial o uso de ITRNN devido a vantagens potenciais no manejo da TARV. O ITRNN inicial recomendado é o EFV, exceto em gestantes. Quando houver contraindicação ou ocorrência de evento adverso com EFV a opção preferencial é a nevirapina, com exceção de exantema; nesse caso, dar preferência a IP/r. Na impossibilidade de uso de ITRNN na composição do esquema inicial, o LPV/r é a opção preferencial na classe dos IP (BRASIL, 2013).

O uso da TARV pode trazer não somente benefícios mas, também, estar associado a múltiplos efeitos adversos que podem variar de desconfortáveis, porém manejáveis, até toxicidades graves (BRASIL, 2008).

Os efeitos adversos mais frequentes em início de TARV são náuseas, anorexia, alteração do paladar, mal estar geral, insônia, astenia, *rash* cutâneo. Já efeitos como a lipodistrofia, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, acidose láctica, intolerância a glicose e diabetes, dentre outros, podem aparecer com a continuidade do tratamento (BRASIL, 2008).

Com o crescente número de pacientes em uso de TARV, a monitorização do tratamento desde seu início, tornou-se uma das prioridades em saúde pública. Além da terapia de resgate ter custos mais elevados, falhas na adesão resultam em mutações e seleção de vírus resistentes (BISSON, et. al, 2008).

O indicador da eficácia da TARV é a monitorização da carga viral, que deve ser medida entre três e seis semanas após o início do tratamento, e se apresentar indetectável ou reduzida em relação ao período pré-medicação (SCHECHTER, RACHID, 2008).

Existem fatores farmacológicos, além da não adesão à terapia, que podem levar a presença de carga viral detectável a despeito da TARV. Entre esses fatores estão a má absorção do ARV, a eliminação acelerada do medicamento e a baixa penetração em alguns santuários de replicação viral, culminando na falha terapêutica. Então, para avaliar sucesso ou falha terapêutica é considerada a evolução da carga viral, da contagem de linfócitos T-CD4+ e a ocorrência de eventos clínicos (BRASIL, 2008).

A falha virológica é definida pela não obtenção ou não manutenção de carga viral indetectável durante o TARV. Já a falha imunológica é caracterizada pelo declínio progressivo da contagem de LT-CD4, enquanto a falha clínica é marcada pelo aparecimento de tumores e infecções oportunistas (BARTLETT, GALLANT, 2005; BRASIL, 2008).

3.3 Adesão ao Tratamento Antirretroviral

Com o advento da TARV, a AIDS assumiu características de doença crônica. Entretanto, diante deste quadro de cronicidade da doença, surgem desafios, determinando a necessidade de novas práticas relacionadas ao tratamento e monitoramento da adesão das PVHA ao tratamento (SCHECHTER, RACHID, 2008; POLEJACK, SEIDL, 2010).

A periodicidade das consultas médicas deve adequar-se à fase do tratamento e às condições clínicas do paciente. Após o início da TARV, recomenda-se retorno entre sete e 15 dias com o propósito de se observar eventos adversos e dificuldades que possam comprometer a adesão. Em seguida, retornos mensais até a adaptação do paciente à TARV. Ressalta-se que, nos intervalos entre as consultas médicas, a adesão deverá ser trabalhada por outros profissionais da equipe multiprofissional, quando o paciente comparecer ao serviço para retirar medicamentos, realizar exames, participar de encontro de grupos e outras consultas (BRASIL, 2013).

O sucesso da TARV depende da manutenção de altas taxas de adesão ao tratamento medicamentoso sendo fator fundamental para a supressão virológica e para a preservação da função do sistema imunológico das PVHA (SOUZA et al., 2010). A dinâmica envolvida no tratamento da infecção do HIV/AIDS torna a adesão aos ARVs um processo complexo, e manter este alto índice de uso de medicamentos exige que profissionais e pacientes busquem constantemente as melhores estratégias para facilitar o enfrentamento das dificuldades encontradas no emprego da TARV (CARACIOLO; SHIMMA, 2007).

Os primeiros meses de TARV correspondem a um período crítico para o futuro do tratamento e o apoio da equipe de saúde é fundamental e deve ser dado de forma individualizada, conforme necessidades de cada paciente. Este acompanhamento é necessário, uma vez que, inúmeros fatores podem contribuir para falha virológica aos ARVs, sendo a falta de adesão ao tratamento, uma das causas mais frequentes (BRASIL, 2008).

Uma vez que, os ARVs forem tomados de modo incorreto ou insuficiente, ocorrerá replicação viral podendo o vírus sofrer mutações e originar cepas multirresistentes. Em consequência ocorrerá falência terapêutica limitando futuras alternativas de tratamento. Dessa forma, além de causar prejuízos à própria PVHA acarretará também, em desperdício dos investimentos em pesquisa e no desenvolvimento de fármacos (SOUZA et al., 2010).

Para garantir a supressão viral sustentada, é necessário que o paciente tome mais de 95% das doses dos ARVs prescritas. Assim, com a atual potência da TARV, a adesão torna-se uma das mais importantes variáveis que interferem na efetividade do primeiro esquema antirretroviral (BRASIL, 2008).

Entre as dificuldades na adesão à TARV, destacam-se as inerentes ao tratamento, à complexidade da vida das PVHA, os contextos socioeconômicos desfavoráveis, o limitado acesso à terapia pelas populações marginalizadas e à falta de intervenções eficazes para ajudar os pacientes a alcançar e manter níveis adequados de adesão. Destaca-se o sucesso na adesão como responsabilidade dos profissionais de saúde e dos pacientes e que os serviços de saúde são locais privilegiados para intervenções (BONOLO, GOMES, MARCK DREW, 2007).

3.3.1 Métodos para Aferir a Adesão à Terapia Antirretroviral

Há vários métodos e técnicas para aferir a adesão ao tratamento de doenças crônicas e pode-se separá-los em três categorias:

- Métodos subjetivos: incluem os métodos baseados no autorrelato do paciente ou do profissional de saúde;
- Métodos objetivos: abarcam contagem de comprimidos, registros da dispensação de medicamentos e os sistemas eletrônicos;
- Métodos fisiológicos: são os métodos de monitorização sérica das substâncias e, também, os marcadores biológicos. No caso do monitoramento do tratamento ARV

utiliza-se a contagem de LT-CD4 e carga viral (POLEJACK, SEIDL, 2010; BRASIL, 2008).

O autorrelato dos pacientes é bastante utilizado em estudos que verificam a adesão, bem como, na atenção a saúde devido à sua simplicidade, flexibilidade, baixo custo e ao fato de proporcionar momento de escuta e discussão a respeito das dificuldades diante do tratamento. No entanto, é preciso atentar para a ocorrência de vieses de memória e a tendência dos pacientes superestimarem a adesão (POLEJACK, SEIDL, 2010).

O uso dos registros da farmácia como medida de adesão é muito comum em pesquisas nas quais este estabelecimento tem controle sobre a dispensação dos medicamentos. Um dos indicadores dos níveis de adesão pode ser a data de retirada dos mesmos na farmácia comparando-a com a data esperada. Essa medida tem por princípio o fato de que o paciente não será cumpridor de seu tratamento se não retirar seus medicamentos em intervalos de tempo adequados. Estudos correlacionaram positivamente a data de retirada dos ARVs na farmácia com marcadores biológicos, em especial com a carga viral. A limitação desse método está no caso de o doente ir buscar os medicamentos e não tomá-los (MCPHERSON-BAKER, SCHNEIDERMAN, 2006; POLEJACK, SEIDL, 2010; ROCHA et al., 2011).

Não existe um padrão ouro para aferição de adesão a um tratamento, pois cada método apresenta suas limitações além do que, a adesão é um processo dinâmico e complexo. Dessa forma, é aconselhável a utilização de mais de um método em combinação, sendo necessário considerar os aspectos logísticos e conceituais para utilizá-los de acordo com a realidade sociocultural e econômica (POLEJACK, SEIDL, 2010; ROCHA et al., 2011).

3.4 Unidade Dispensadora de Medicamentos Antirretrovirais: Caracterização do Local de Estudo

A UDM, onde foi conduzido o presente estudo, está localizada em um HU que é referência para atendimentos ambulatoriais e internações às PVHA para toda a região central do estado do Rio Grande do Sul.

Apesar do amplo acesso a TARV, o cenário do HU mostrou grande demanda de PVHA internadas devido a não adesão a TARV, que chegam ao hospital acometido por doenças oportunistas em estágios avançados.

No HU, também, são realizados os exames de carga viral e contagem de LT-CD4 para avaliação da terapêutica, através do Laboratório Central de Análises Clínicas (LAC), no setor de Biologia Molecular, que faz parte da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos T CD4+/CD8+ e Carga Viral sendo os resultados armazenados no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL).

Além do HU, há um serviço municipal que realiza atendimentos às PVHA e, também, pacientes que realizam acompanhamento médico em outros municípios da região ou em serviços médicos particulares. Todos recebem ARVs através da UDM (HU).

A UDM atende a demanda de toda regional de saúde, sendo dispensados ARVs à aproximadamente 1.000 pacientes/mês. A estrutura da UDM é bastante restrita e não disponibiliza de local para atendimento individualizado com garantia de privacidade. Aliado a isso, o serviço conta com apenas um profissional farmacêutico que, também, atua em outros setores do Serviço de Farmácia do HU, não estando sempre disponível para atender aos pacientes em livre demanda. Fato esse dificulta a formação de vínculo dos usuários com o profissional e o serviço. Na maioria das vezes a dispensação de ARVs fica a cargo de um atendente de farmácia. Há dois anos, a partir da inserção da residência multiprofissional, a UDM passou a contar com residentes farmacêuticos que em alguns momentos auxiliam no atendimento às PVHA.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Casuística

Para este trabalho foi obtida uma amostragem por conveniência, baseado no fluxo e frequência dos pacientes virgens de TARV que buscaram a UDM para iniciar tratamento, no período compreendido entre março a novembro de 2012. Para cada paciente selecionado para compor o grupo de intervenção foram alocados dois pacientes para o grupo controle.

Os sujeitos de pesquisa do grupo de intervenção foram acompanhados durante as retiradas de seus ARV nos seis primeiros meses de tratamento. Critério escolhido devido as Recomendações para TARV em Adultos Infectados pelo HIV mostrarem que os primeiros meses de TARV são cruciais para a adesão e resposta a medicação administrada (BRASIL, 2008).

Para compor o grupo controle foram selecionados sujeitos que iniciaram a TARV no mesmo período que o grupo de intervenção e com as mesmas características, porém estes receberam apenas as informações prestadas rotineiramente no serviço e não foi realizado acompanhamento farmacoterapêutico.

Dessa forma, obteve-se 59 indivíduos participantes do estudo, sendo que desses 20 constituíram o grupo intervenção acompanhados durante os primeiros seis meses de TARV e os 39 restantes constituíram o grupo controle.

4.1.1 Critérios de Inclusão

Para o grupo de intervenção foram incluídos no estudo pacientes maiores de 18 anos, em início de TARV, que concordaram em participar da pesquisa, comparecendo mensalmente na UDM. Para o grupo controle, pacientes com os mesmos critérios do grupo de intervenção, mas sem necessidade de comparecer mensalmente na UDM.

4.1.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo indivíduos menores de 18 anos e gestantes, pelo fato de seguirem um protocolo diferenciado de tratamento.

4.2 Logística

A primeira consulta farmacêutica aconteceu na data em que o paciente chegou até a UDM para iniciar a TARV. A consulta ocorreu de acordo com o instrumento para 1ª consulta farmacêutica (APÊNDICE A). Neste primeiro encontro, coletaram-se dados de perfil sócio demográfico, clínico e de tratamento dos pacientes. Foi aplicado questionário para avaliar o nível de compreensão do usuário sobre HIV/AIDS e seu tratamento. Questionou-se o participante sobre como ele deveria tomar os medicamentos prescritos. Após, o mesmo recebeu as devidas orientações. Por fim, solicitou-se que o usuário falasse como deveria ser a tomada de seus ARVs para o pesquisador farmacêutico confirmar a correta compreensão da informação transmitida.

Os frascos dos ARVs foram rotulados com os horários de tomada e as doses. Em caso de usuário não alfabetizado ou com dificuldade de leitura se utilizou de recurso ilustrativo. O usuário recebeu cartilha informativa sobre HIV/AIDS. Foi abordada a importância do uso correto dos ARVs e a necessidade da adesão para alcançar sucesso terapêutico e evitar o surgimento de resistência viral ao longo do tratamento. Além disso, informou-se os possíveis efeitos colaterais e reações adversas de cada medicamento e forma de manejo. O significado de carga viral e contagem de LT-CD4 foi explicado. Também, ofertou-se auxílio em caso de dúvidas através de contato telefônico do serviço e do pesquisador ou na própria UDM.

Ao usuário foi solicitado que trouxesse à UDM todos os medicamentos de posse em sua residência, mesmo os que não estavam mais sendo utilizados, com a finalidade de verificar as condições de armazenamento, validades e principalmente conhecer os medicamentos administrados juntamente com os ARVs. Isso serviu para verificar, após o encontro, possíveis interações medicamentosas e quando necessário realizar a reconciliação medicamentosa. Os resultados dos exames laboratoriais dos pacientes, durante o estudo, foram verificados para melhor acompanhamento do mesmo.

Ao final do atendimento foi agendada uma data de retorno do usuário à UDM para retirada de ARV e nova consulta farmacêutica. No retorno foi avaliado a adaptação do usuário aos ARVs e adesão ao tratamento (APÊNDICE B). Ao término da consulta foi remarcada data para nova retirada dos ARVs e nova consulta farmacêutica.

No último encontro desse estudo, foi aplicado questionário para avaliar o nível de compreensão do usuário sobre HIV/AIDS e seu tratamento, a fim de verificar a efetividade das ações de educação em saúde realizadas durante a consulta farmacêutica (APÊNDICE C). Os dados coletados a partir dos encontros com os pacientes foram complementados por meio de pesquisa nos prontuários hospitalares, registros no SICLOM e no SISCEL.

O grupo controle foi avaliado com base na frequência de retiradas de ARVs na UDM e exames de contagem de LT-CD4 e carga viral. Essas variáveis, também, foram avaliadas no grupo de intervenção. A coleta de dados do grupo controle foi realizada somente através de consulta nos prontuários hospitalares, registros no SICLOM e SISCEL.

4.3 Variáveis em estudo

4.3.1 Grupo Intervenção

Adesão: a adesão foi medida de três formas:

Autorrelato: através de questionário foi investigada a tomada dos ARVs nos três dias anteriores à consulta farmacêutica, no último final de semana anterior à consulta farmacêutica e alguma falha esporádica em algum dia do mês (APÊNDICE B). Foi considerado aderente o usuário que relatou a tomada de pelo menos 95 % das doses (ROCHA, 2011). Os pacientes foram estimulados a lembrar e descrever suas atividades nos três dias precedentes a consulta e a partir dessa referência relatar o uso dos ARVs, discriminando os medicamentos e doses ingeridas.

Registros da Retirada de ARV na UDM: foi analisada a média de tempo das primeiras seis dispensações de ARVs na UDM registradas no SICLOM. Rotineiramente, os medicamentos são entregues em quantidades suficientes para um mês de tratamento. Calculou-se o número de dias que o paciente ficou sem ARV de acordo com a data da última retirada. Se em nenhum dia o paciente ficou sem doses de ARV foi considerado como 100% de adesão e,

assim, calculou-se a percentagem de adesão de acordo com os dias de atraso. Foi considerado aderente o usuário que teve posse de 95% das doses e considerado abandono de tratamento o usuário que deixou de retirar seus medicamentos na UDM por 90 dias consecutivos (BRASIL, 2010).

Contagem de Carga Viral e LT-CD4: A resposta favorável a TARV também foi avaliada através da análise dos resultados laboratoriais de carga viral e LT-CD4, registradas no programa do SISCEL. Considerou-se com boa adesão o paciente que apresentou de forma sustentada, níveis de carga viral indetectável ou histórico de exames laboratoriais mostrando valores decrescentes de carga viral e contagem de LT-CD4 estável ou crescente (BRASIL, 2013).

Variáveis sócio demográficas, de tratamento e conhecimento sobre HIV/AIDS: essas variáveis foram coletadas através de questionário (estruturado com perguntas abertas e fechadas) aplicado aos sujeitos de pesquisa através do APÊNDICE A.

4.3.2 Grupo Controle

Adesão: somente através dos registros da retirada de ARV na UDM (SICLOM) e contagem de carga viral e LT-CD4 (SISCEL).

Variáveis Sócios Demográficas: essas variáveis foram coletadas através do SICLOM.

4.4 Análise Estatística

Os dados foram analisados através de estatística descritiva. As medidas descritivas utilizadas foram à média e o desvio padrão.

Para testar a diferença entre as médias de adesão entre os grupos foi aplicado o teste Z.

4.5 Considerações Éticas

O presente estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM (CAAE nº 00531812.0.0000.5346).

5 MANUSCRITO

Atenção Farmacêutica como fator importante na adesão aos antirretrovirais durante início de tratamento da AIDS

Atenção Farmacêutica: fator importante na adesão aos antirretrovirais

Vielmo, L¹. , Beck, S.T². , Andrade C.S.³ Campos, M.M.A⁴.

Universidade Federal de Santa Maria

Endereço: Prédio 26, Cidade Universitária UFSM, Santa Maria - RS, CEP 97105-900,
Departamento de Análises Clínicas e Toxicológicas, sala 1231, telefone (55) 3220 8464

e-mail para correspondência: lauravielmo@yahoo.com

*Esse manuscrito será submetido ao Caderno de Saúde Pública do Rio de Janeiro.

¹Autora - Farmacêutica Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/UFSM.

²Co-orientadora - Farmacêutica, Professora Dra do Curso de Farmácia e Tutora do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde/UFSM.

³ Participante – Farmacêutica Ms do Hospital Universitário de Santa Maria, preceptora do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde/UFSM.

⁴ Orientadora - Farmacêutica, Professora Dra do Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde/UFSM.

RESUMO

Com a cronicidade da AIDS e o crescente número de pessoas em Terapia Antirretroviral (TARV) a monitorização da adesão ao tratamento se tornou prioridade em saúde pública, pois, dela depende o sucesso da TARV. Estudos mostram que a Atenção Farmacêutica por meio do acompanhamento farmacoterapêutico melhora a adesão ao tratamento ARV.

Assim, realizou-se um estudo longitudinal, com amostragem por conveniência e grupo controle, para estudar a influência da Atenção Farmacêutica na adesão ao tratamento de pacientes em início de TARV. A adesão foi aferida através de autorrelato, regularidade na busca de ARV e carga viral.

As características sócio demográficas dos participantes condizem com as tendências epidemiológicas nacionais, predominando pacientes do sexo masculino, brancos, solteiros, infectados por via sexual, com idade média não superior a 40,9 anos.

A adesão a TARV apresentou melhores resultados no grupo de intervenção. Verificou-se que o maior número de abandonos no grupo controle ocorreu nos pacientes que recebiam acompanhamento médico na rede de saúde pública em comparação aos acompanhados em serviços particulares.

Palavras-chave: Atenção Farmacêutica, Adesão, AIDS, Antirretrovirais.

ABSTRACT

With chronicity of AIDS and the growing number of people in Antiretroviral Therapy (TARV) the monitoring of adherence to treatment has become a priority in public health, because it determines the success of TARV. Studies show that the pharmaceutical concern will improve adherence.

As soon, we held up a longitudinal study with convenience sampling and of control group to study the influence of pharmaceutical care to patients starting TARV in treatment of adherence. The adherence was measured by self-report, regularity in the search of ARV and viral load. The members of demographic characteristics of participants are consistent with the national epidemiological trends, predominantly males participants, white, single, infected through sex with an average age not exceeding 40.9 years old.

The adherence to the antiretroviral therapy showed better results on the intervention group. It was found that the greatest number of dropouts in the control of group occurred

when the patients received clinical follow-up in the public health service compared to individuals.

Keywords: Pharmaceutical Care, Adherence, AIDS, Antiretrovirals.

RESUMEN

Con la cronicidad del SIDA y el creciente número de personas en terapia antirretroviral (TAR) el seguimiento de la adherencia al tratamiento se ha convertido en una prioridad en la salud pública, ya que determina el éxito de la terapia antirretroviral. Los estudios demuestran que la atención farmacéutica mejora la adherencia.

Por lo tanto, se realizó un estudio longitudinal con muestreo de conveniencia y un grupo control para estudiar la influencia de la atención farmacéutica a los pacientes que comenzaron el TAR en la adherencia al tratamiento. La adhesión se midió por autoinforme, la regularidad en busca de ART y de la carga viral.

Las características demográficas de los socios participantes son consistentes con las tendencias epidemiológicas nacionales, en su mayoría varones, blancos, solteros, infectados a través de relaciones sexuales con una media de edad inferior o igual a 40,9 años.

La adherencia a la terapia antirretroviral mostraron mejores resultados en el grupo de intervención. Se encontró que el mayor número de abandonos en el grupo control se produjo cuando los pacientes recibieron seguimiento clínico en el servicio público de salud en comparación con los individuos.

Palabras clave: Atención Farmacéutica, Adherencia, SIDA, los antirretrovirales.

INTRODUÇÃO

Com o advento da Terapia Antirretroviral (TARV) a Síndrome da imunodeficiência Adquirida (AIDS) causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) assumiu características de doença crônica ^(1,2).

No contexto de enfrentamento da AIDS, o Programa Nacional de Controle da Infecção pelo HIV foi considerado modelo para o mundo ⁽³⁾. Em novembro de 1996, com a promulgação da Lei 9.313, o Brasil se tornou o primeiro país a garantir às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA) o direito de receber gratuitamente todos os medicamentos necessários ao seu tratamento através do Sistema Único de Saúde (SUS) ⁽⁴⁾.

O Ministério da Saúde (MS) trabalhando nessa conjuntura elaborou o Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/AIDS. Esse prevê o cuidado ao paciente como um dos objetivos centrais, tendo na dispensação dos Antirretrovirais (ARVs) um dos pontos de contato mais importantes do sistema de saúde com as PVHA no campo da Atenção Farmacêutica ⁽³⁾.

A Atenção Farmacêutica é a área da Farmácia que se responsabiliza pela interação do farmacêutico com o paciente, tendo como ponto principal a correlação das necessidades do mesmo com os medicamentos ⁽⁵⁾. Usa como recursos o empoderamento dos pacientes em relação aos seus medicamentos, a melhora na comunicação entre a equipe de saúde e uma maior organização dos serviços ⁽⁶⁾, e de acordo com Hepler e Strand ⁽⁷⁾, deve estar focada no acompanhamento farmacoterapêutico documentado do paciente.

Estudos sugerem que a Atenção farmacêutica seja uma ferramenta para aumentar a adesão aos ARVs e proporcionar benefícios clínicos ^(8,9), além de sugerir aumento do vínculo do usuário com o serviço ⁽⁶⁾.

No Brasil a relação de ARVs é composta por 19 princípios ativos e uma dose fixa combinada, disponibilizados em 38 apresentações farmacêuticas para uso adulto e pediátrico. Atualmente, dez antirretrovirais são produzidos no Brasil, por laboratórios públicos e um privado ⁽¹⁰⁾. Os critérios para início de TARV são estabelecidos por meio do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Adultos Vivendo com HIV/AIDS, também elaborado pelo MS e que tem suas versões atualizadas periodicamente.

Com o crescente número de pacientes em uso de TARV a monitorização do tratamento, desde seu início, tornou-se uma das prioridades em saúde pública ⁽¹¹⁾. Diante do quadro de cronicidade da doença, surgem desafios, determinando a necessidade de novas práticas relacionadas ao tratamento e monitoramento da adesão das PVHA ao tratamento ^(1,2), pois o sucesso da TARV depende da manutenção de elevadas taxas de adesão ao tratamento medicamentoso ⁽¹²⁾.

Altos índices de adesão são fundamentais para a supressão virológica e para a preservação da função do sistema imunológico das PVHA ⁽¹²⁾, do contrário podem ocorrer mutações e seleção de vírus resistentes que necessitarão de terapia de resgate, o que determina um alto custo para o SUS ⁽¹¹⁾.

O indicador da eficácia da TARV é a monitorização da carga viral ⁽¹⁾. Porém, não existe um padrão ouro para aferição de adesão a um tratamento, uma vez que cada método apresenta alguma limitação. Assim, é aconselhável a utilização de mais de um método em combinação ^(2,3).

A dinâmica envolvida no tratamento da AIDS torna a adesão aos ARVs um processo complexo. Manter altos índices de uso de medicamentos exige que profissionais e usuários busquem constantemente estratégias para o enfrentamento dos obstáculos à adesão⁽¹³⁾. Diante do início da TARV, as dificuldades dos pacientes se ampliam e carecem de maior atenção, pois é sabido que os primeiros meses de uso de ARVs são decisivos para o futuro do tratamento. Neste momento, o apoio é fundamental e deve ser dado de forma individualizada, conforme necessidades de cada paciente⁽¹⁴⁾.

Diante do exposto e devido à necessidade de alta adesão para atingir os resultados terapêuticos esperados, além da complexidade envolvida no tratamento da AIDS, a Atenção Farmacêutica se torna instrumento importante para melhorar adesão à TARV.

Nesse contexto, houve a necessidade de estudar a influência da Atenção Farmacêutica, por meio do acompanhamento farmacoterapêutico, na adesão ao tratamento das PVHA em início de TARV atendidas na Unidade Dispensadora de Medicamentos Antirretrovirais (UDM) de um Hospital Universitário (HU). Esse é referência para atendimentos ambulatoriais e internações às PVHA de toda a região central do estado do Rio Grande do Sul. A UDM atende a demanda de toda regional de saúde e dispensa ARVs à aproximadamente 1.000 pacientes/mês.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo longitudinal com amostragem por conveniência onde foram incluídos pacientes em início de TARV, virgens de tratamento, maiores de 18 anos, que concordaram em participar da pesquisa. Foram excluídos do estudo indivíduos menores de 18 anos, gestantes, indivíduos que por algum motivo não puderam comparecer ao atendimento regularmente e os que não concordaram em participar do estudo. O recrutamento de participantes para o estudo foi realizado entre março a outubro de 2012.

Os indivíduos que participaram do grupo intervenção receberam Atenção Farmacêutica e foram acompanhados durante as retiradas de seus ARVs nos seis meses iniciais de tratamento (n=21), enquanto que, o grupo controle (n=40) recebeu apenas as informações prestadas rotineiramente na UDM. No decorrer do estudo, houve uma perda no grupo intervenção devido à impossibilidade do paciente em comparecer na UDM (detenção), e uma perda por óbito no grupo controle. Assim, o número de indivíduos participantes do estudo foi de 59, onde 20 foram acompanhados durante os primeiros meses de TARV e os demais 39 compuseram o grupo controle.

A coleta dos dados do grupo intervenção ocorreu durante consulta farmacêutica que aconteceu na data em que o paciente chegou à UDM para iniciar a TARV. Realizou-se Atenção Farmacêutica a partir do acolhimento ao usuário, aplicação de questionário para avaliar variáveis sócio demográficas, nível de compreensão do usuário sobre HIV/AIDS e seu tratamento e a se prestou esclarecimentos a respeito dos mesmos. Orientou-se sobre o modo de tomar os ARV e como proceder em caso de efeitos colaterais ou reações adversas. No retorno às consultas subsequentes, foi avaliada a adaptação do usuário aos ARVs prescritos. No último acompanhamento, avaliou-se o nível de compreensão do usuário sobre HIV/AIDS e seu tratamento, a fim de verificar a efetividade das ações de educação em saúde realizadas durante a consulta farmacêutica.

Mediu-se adesão através de autorrelato (somente para grupo intervenção) através da investigação a respeito da tomada dos ARVs nos últimos três dias anteriores à entrevista, no final de semana anterior a entrevista e alguma falha esporádica em algum dia do mês. Considerou-se aderente o usuário que relatou a tomada de pelo menos 95 % das doses prescritas para o período ⁽¹⁵⁾.

Para ambos os grupos, a adesão, também, foi aferida através dos registros da retirada de ARV na UDM. Analisou-se a média de tempo das primeiras seis dispensações registradas no SICLOM. Uma vez que os medicamentos são entregues em quantidades suficientes para um mês, calculou-se o número de dias que o paciente ficou sem ARV de acordo com a data da última retirada. Se em nenhum dia o paciente ficou sem doses de ARV foi considerado como 100% de adesão e assim fez-se a percentagem da adesão de acordo com os dias de atraso. Foi considerado aderente o usuário que teve posse de 95% das doses, e considerado em abandono de tratamento o usuário que deixou de retirar seus medicamentos na UDM por um período de 90 dias consecutivos ⁽¹⁶⁾.

Da mesma forma, para os grupos, a fim de verificar a adesão, analisou-se a contagem de carga viral e LT-CD4. Foi considerado com boa adesão o paciente que apresentou de forma sustentada, níveis de carga viral indetectável ou histórico de exames laboratoriais mostrando valores decrescentes de carga viral e contagem de LT-CD4 estável ou crescente ⁽¹⁷⁾.

Para ambos os grupos foi verificado o esquema ARV utilizado. Os dados clínicos e laboratoriais foram obtidos através dos registros nos prontuários hospitalares, registros no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) ⁽¹⁸⁾ e no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL).

Os dados foram analisados através de estatística descritiva. Para testar a diferença entre as médias de adesão entre os grupos foi aplicado o teste Z. Para execução desse estudo obteve-se aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM (CAAE nº 00531812.0.0000.5346).

RESULTADOS

Perfil sócio demográfico da amostra

A amostra em estudo foi constituída predominantemente, para ambos os grupos, por pacientes do sexo masculino, de cor branca, solteiros e residentes no município de Santa Maria. Os demais pacientes residiam em municípios da região de abrangência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). O perfil de escolaridade se mostrou semelhante nos dois grupos. A média de idade dos pacientes do grupo intervenção foi de 40,9 anos e a do grupo controle foi de 39,6 anos (Tabela 1).

A maioria dos pacientes do grupo intervenção (60%) realizava acompanhamento médico no ambulatório do HU, enquanto que, no grupo controle aproximadamente metade (46,1%) dos pacientes eram acompanhados em serviço médico particular (Tabela 1 e Tabela 3).

Apenas um paciente, componente do grupo intervenção (5%), relatou estar institucionalizado durante o início do tratamento, enquanto que os demais 19 (95%) relataram residência fixa. Destes, 70% residiam com familiares ou amigos e 25% moravam sozinhos (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização dos participantes em função do perfil sócio demográfico. Santa Maria, RS, Brasil.

Variáveis	Média	Desvio	Min	Max	n (%)	n (%)
Sócio demográficas		Padrão			GI	GC
Idade						
GI	40,9	11,9	26	69		
GC	39,6	11,4	19	71		
Sexo						
Masculino					14 (70)	26 (66,6)
Feminino					6 (30)	13 (33,3)
Estado civil						
Solteiro					7 (35)	14 (35,9)
Casado/União estável					7 (35)	4 (10,2)
Viúvo					3 (15)	0
Separado/divorciado					3 (15)	2 (5,1)
Não informado					0	19 (48,7)
Escolaridade						
Nenhuma					2 (10)	0
1 a 3 anos					1 (5)	0
4 a 7 anos					6 (30)	7 (17,9)
8 a 11 anos					6 (30)	6 (15,4)
12 ou mais					5 (25)	6 (15,4)
Não informado					0	20 (51,3)
Raça						
Branca					16 (80)	32 (82)
Parda					3 (15)	1 (2,6)
Preta					1 (5)	2 (5,1)
Não informado					0	4 (10,2)
Cidade						
Santa Maria					13 (65)	30 (76,9)
Outras					7 (35)	9 (23,1)
Acompanhamento						
HU					12 (60)	12 (30,8)
Serviço municipal					7 (35)	9 (23,1)
Particular					1 (5)	18 (46,1)
Reside com¹						
Sozinho					5 (25)	
Família/ Amigos					15 (75)	

¹Somente para GI.

Min: Mínimo valor; Max: Máximo valor; GI: Grupo intervenção; GC: Grupo controle; n: Número de pacientes;

Perfil clínico da amostra estudada

A forma de infecção predominante foi através da via sexual, sendo esta responsável por 95% dos casos nos pacientes do grupo intervenção. Neste grupo, o tempo médio de

diagnóstico da infecção pelo HIV foi de 17,8 meses. Apenas 7,5% da amostra do grupo controle teve o dado forma de contágio explícito (100% via sexual) no prontuário clínico.

O critério para início de TARV aos pacientes estudados se baseou nos marcadores biológicos, sendo este um fator clinicamente positivo já demonstrado ⁽¹⁵⁾. No pré-tratamento com TARV a carga viral e contagem de LT-CD4 do grupo intervenção e grupo controle apresentaram média semelhante. Após, no mínimo três meses de tratamento medicamentoso, o valor médio da carga viral, no grupo intervenção, apresentou-se mais baixo que no grupo controle. O mesmo não foi verificado para o número de LT-CD4, que foi semelhante nos dois grupos (Tabela 2).

Os esquemas ARVs prescritos para início de terapia foram quatro. Os esquemas disponíveis para tratamento de pacientes virgens de TARV apresentam equivalência terapêutica. No grupo intervenção, o esquema composto por Efavirenz 600 mg e Zidovudina 300 mg/Lamivudina 150 mg (EFZ + AZT/3TC) foi usado por 80% dos pacientes, enquanto que, no grupo controle o esquema mais frequente (53,8%) foi o composto por Lopinavir 200 mg/Ritonavir 50 mg e Zidovudina 300 mg/Lamivudina 150 mg (LVP/r + AZT/3TC). Na tabela 2, encontra-se delineado o perfil clínico da amostra em estudo, bem como a distribuição dos pacientes de acordo com a terapia farmacológica usada no início do tratamento.

Tabela 2: Caracterização dos participantes do estudo em função das variáveis clínicas.

Variáveis clínicas	Média	Desvio Padrão	Min	Max	GI n (%)	GC n (%)
TARV						
EFZ + AZT/3TC					16 (80)	16 (41)
LVP/r + AZT/3TC					3 (15)	21 (53,8)
EFZ + 3TC + TDF					1 (5)	1 (2,6)
ATZ +RIT+ AZT/3TC					0	1 (2,6)
CV pré-TARV (cópias/ml)						
GI	107.069	135.365	165	>500.000		
GC	127.987	152.600	1.377	>500.000		
< 50					0	0
50 a 500					3 (15)	0
501 a 10.000					2 (10)	9 (23)
10.001 a 30.000					5 (25)	7 (17,9)
> 30.000					10 (50)	20 (51,3)
Não informado ¹					0	3 (7,7)
CV pós-TARV (cópias/ml)						
GI	51,6	7,4	<50	78		
GC	368,7	186	< 50	9.558		
< 50					18 (90)	30 (76,9)
50 a 500					1 (5)	1 (2,6)
501 a 10.000					0	1 (2,6)
10.001 a 30.000					0	0
> 30.000					0	0
Não realizado ²					1 (5)	7 (17,9)
LT-CD4 pré-TARV						
GI	281,4	112,1	25	509		
GC	204,7	112,4	5	464		
< 200					5 (25)	16 (41)
200 a 350					10 (50)	18 (46,1)
351 a 500					4 (20)	4 (10,2)
> 500					1 (5)	0
Não informado ¹					0	1 (2,6)
LT-CD4 pós-TARV						
GI	397,5	155,1	36	724		
GC	354,5	131,4	54	752		
< 200					4 (20)	7 (17,9)
200 a 350					3 (15)	10 (25,7)
351 a 500					8 (40)	8 (20,6)
> 500					4 (20)	7 (17,9)
Não realizado ²					1 (5)	7 (17,9)

¹ Não consta CV e/ou LT-CD4 pré-TARV (problemas na amostra/medição). ² Pacientes que abandonaram o tratamento não realizaram exames. Min: Mínimo valor; Max: Máximo valor; GI: Grupo intervenção; GC: Grupo controle; n: Número de pacientes; TDF: Tenofovir; ATZ: Atazanavir; RIT: Ritonavir; TARV: Terapia antirretroviral CV: Carga viral; LT-CD4: Linfócitos T-CD4;

A taxa média de adesão ao tratamento medicamentoso estimado a partir das retiradas de ARVs na UDM foi de 98,2% para o grupo intervenção e 89,4% para o grupo controle. Já o abandono ao tratamento, a partir dos registros da UDM, foi encontrado em 12 pacientes (20,3%). Desses, três eram do grupo intervenção e nove do grupo controle. Porém, quando se comparou os dados dos registros das retiradas na UDM com os valores de carga viral pós-TARV se verificou algumas inconformidades, pois alguns dos abandonos segundo o critério das dispensações diferiram dos valores de carga viral. Considerou-se a carga viral como critério definitivo para definição da adesão ao tratamento. Dessa forma, verificou-se que houve maior número de abandono no grupo controle (20,5%), embora não tenha havido diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,242$) (Tabela 3).

Destaca-se que, dos nove pacientes que abandonaram a TARV, seis realizavam acompanhamento no HU, dois no serviço municipal e um no serviço particular (Tabela 3). O paciente que abandonou o tratamento do grupo intervenção era acompanhado no serviço municipal e durante a primeira consulta farmacêutica relatou uso de drogas ilícitas.

Tabela 3 - Frequência de pacientes que abandonaram a TARV em relação ao local de acompanhamento médico.

Local acompanhamento	Grupo intervenção		Grupo Controle	
	n	Abandonos	n	Abandonos
HU	12	0	12	6*
Serviço Municipal	7	1*	9	1*
Serviços Particulares	1	0	18	1
Total	20	1 (5%)**	39	8 (20,5%)**

* Teste Z para comparação de proporções ($p=0,0635$).

** ($p=0,242$)

HU: Hospital universitário, n: número de pacientes;

Estratificando a amostra, considerando apenas os pacientes atendidos em serviço público, observou-se que entre os pacientes do grupo controle que não recebiam atenção farmacêutica, 33,4% (7/21) abandonaram o tratamento. Já, no grupo intervenção, apenas 5,2% (1/19) abandonaram o tratamento ($p=0,0635$).

Entre os pacientes que abandonaram o tratamento, cinco (um grupo controle e quatro grupo intervenção) utilizavam o esquema terapêutico composto por EFZ + AZT/3TC e quatro (grupo controle) usavam o LVP/r + AZT/3TC, demonstrando que o esquema ARV não influenciou a adesão, pois tanto os pacientes com boa adesão quanto os que apresentaram menor adesão ou abandonaram o tratamento utilizaram esquemas semelhantes (Tabela 4).

Tabela 4: Relação entre o grau de adesão e esquema antirretroviral inicial.

Adesão	Grupo Intervenção		Grupo Controle	
	n	Esquema TARV	n	Esquema TARV
> 95%	11	EFZ + AZT/3TC	5	EFZ + AZT/3TC
	2	LVP/r + AZT/3TC	10	LVP/r + AZT/3TC
	1	EFZ + 3TC + TDF	1	EFZ + 3TC + TDF
85 a 95%	3	EFZ + AZT/3TC	3	EFZ + AZT/3TC
			5	LVP/r + AZT/3TC
< 85	2	EFZ + AZT/3TC	8	EFZ + AZT/3TC
	1	LVP/r + AZT/3TC	6	LVP/r + AZT/3TC
			1	ATZ + RIT + AZT/3TC
Total	20		39	

TARV: terapia antirretroviral; n: Número de pacientes;

As trocas de esquema ARV durante a pesquisa foram necessárias em 15% dos pacientes do grupo intervenção. Os motivos das trocas foi o desenvolvimento de anemia pela AZT (10%) e aparecimento de rush cutâneo causado pelo EFZ (5%). Já no grupo controle as mudanças de TARV se fizeram necessárias em 20,5% pacientes e não tiveram o motivo da troca expresso no SICLOM.

Acompanhamento farmacoterapêutico do grupo de intervenção

Durante o período de acompanhamento farmacoterapêutico foi possível avaliar, entre os pacientes do grupo intervenção, a correlação entre o autoconhecimento referido sobre HIV/AIDS e tratamento e o conhecimento aferido através dos instrumentos de pesquisa (Tabela 5).

Tabela 5 - Tempo de diagnóstico e correlação positiva entre autoconhecimento e conhecimento aferido sobre HIV/AIDS.

Tempo de diagnóstico	Autoconhecimento x Conhecimento aferido
1 a < 6 meses	57%
6 a 12 meses	16,6%
> 12 meses	87%

Entre os pacientes com menos de seis meses de diagnóstico soropositivo 57% apresentou correlação positiva entre o autoconhecimento referido e o conhecimento aferido. Neste grupo, 28% apresentou conhecimento regular sobre a HIV/AIDS e seu tratamento.

No grupo com mais de 12 meses de diagnóstico apenas um paciente referiu ter bastante conhecimento sobre HIV/AIDS e tratamento e, no entanto, quando aferido por meio dos questionamentos da pesquisa não apresentou o conceito de conhecimento correspondente.

O conhecimento sobre HIV/AIDS aferido através dos instrumentos de pesquisa, anteriormente a realização da Atenção Farmacêutica, apresentou uma resposta percentual de 15% para “regular”, 75% para “bom”, e 10% para “ótimo” e nenhum paciente apresentou conhecimento “deficiente”. Após o acompanhamento farmacêutico, os percentuais sofreram modificação para 64,7% para “bom” e 35,2% para “ótimo”.

Verificou-se, também que, 55% das PVHA do grupo intervenção apresentavam algum tipo de comorbidades ou coinfeção. Dos pacientes acompanhados, 13 (65%) faziam uso de outros medicamentos além dos ARVs e, destes, seis (30%) apresentaram interações medicamentosas. Entre esses 13 pacientes contabilizou-se o uso de 27 fármacos diferentes. Sendo os mais utilizados o diazepam (30,7%) seguido por amitriptilina (23%) e sulfametoxazol + trimetropina (23%).

O tempo médio de duração das consultas farmacêuticas foi de aproximadamente 44 minutos, para as consultas de início de tratamento. As subsequentes demoraram em média 17 minutos e as últimas consultas demoraram em média 27 minutos.

A partir do segundo encontro até o quinto mês de tratamento, a adesão foi aferida através do autorrelato dos pacientes sendo que 18,8 % deles esqueceram alguma dose do ARV nos três dias anteriores ao encontro, 18,7% uma dose durante o mês e 18,8% disseram esquecer alguma dose no último final de semana. Já na última entrevista 23,6% dos pacientes esqueceram alguma dose nos três dias anteriores ao encontro, 17,6% esqueceram uma dose durante o mês e 12,5% referiram esquecimento de alguma dose no último final de semana.

DISCUSSÃO

Os resultados demonstram uniformidade na distribuição das características sócio demográficas avaliadas entre os grupos, evidenciando uma distribuição homogênea dos pacientes entre os dois grupos. Fato que permitiu compará-los. No entanto, houve diferença na distribuição dos pacientes em relação ao local de acompanhamento médico.

O perfil das PVHA incluídas no estudo apresentou características sócio demográficas compatíveis com as tendências epidemiológicas nacionais corroboradas em diversos estudos^{(19) (20) (21)}. Uma vez que, foi predominantemente, constituído por participantes do sexo

masculino, brancos, solteiros, infectados por via sexual, com idade média não superior a 40,9 anos, possuidores de residência fixa e que moram na companhia de familiares.

A despeito da maior prevalência do sexo masculino entre as PVHA ser bem documentada, faz-se necessário mostrar que, neste estudo essa proporção foi mais ampla, apesar do processo epidemiológico de feminização da AIDS decorrente do aumento da transmissão heterossexual do HIV ⁽²²⁾. Explica-se isso por ser a gestação critério de exclusão desta pesquisa.

Ao avaliar o nível da carga viral pré e pós-tratamento, observou-se, em ambos os grupos, independente do nível inicial da carga viral, que a maioria dos pacientes passou à carga indetectável após o tratamento, não sendo a escolaridade fator importante para este desfecho (Tabela 2), diferentemente, do que apontou outro estudo no qual a escolaridade influenciou a adesão ao tratamento ⁽¹⁹⁾. Considerando-se como baixa escolaridade indivíduos com menos de oito anos de estudo, verificou-se o não predomínio da baixa escolaridade na amostra estudada diferindo do perfil de escolaridade das PVHA encontrado por outros autores ^{(19) (20) (21) (15)}.

Embora, seja sabido que a reconstituição do sistema imune demore mais tempo que a resposta virológica satisfatória, foi observado que dos 35% (21/59) dos pacientes com LT-CD4 abaixo de 200 células/mm³ pré-tratamento, após a instituição da TARV, apenas 18,9% (11/59) não conseguiram reconstituição satisfatória (Tabela 2). Atualmente, com o intuito de diminuir o número de PVHA com imunodepressão acentuada, o MS passou a recomendar o início de tratamento em pacientes assintomáticos quando a contagem de LT-CD4 diminuir de 500 células/mm³. Com isto, espera-se uma diminuição das doenças oportunistas, uma vez que essas ocorreram mais expressivamente quando o número de LT-CD4 diminui de 200 células/mm³ ⁽¹⁷⁾.

Após iniciada a TARV o valor médio da carga viral diminuiu em ambos os grupos pelo menos dois log durante o período de acompanhamento. Este é um resultado esperado, visto que, apesar do objetivo ser a supressão total da replicação viral, nem sempre é possível alcançá-la em seis meses ⁽¹⁴⁾. Houve maior decréscimo da carga viral no grupo intervenção sendo a carga viral máxima pós-TARV 78 cópias/ml. Enquanto, no grupo controle, o paciente com a maior carga viral pós-TARV (9.558 cópias/ml) foi o único que não apresentou queda significativa da viremia. Ademais, entre os nove pacientes que abandonaram o tratamento, estão os oito pacientes que não realizaram a determinação da carga viral, mostrando a menor adesão ao tratamento nesse grupo.

Os ARVs prescritos para início de terapia priorizaram dois esquemas de tratamento de acordo com a indicação do MS ⁽¹⁴⁾. Outros estudos realizados no Brasil, também, demonstraram esse perfil de prescrições ⁽²¹⁾. Atualmente, o MS indica o uso de EFZ + AZT/3TC como primeira opção e esquemas com IP/r como alternativa para o início de TARV ⁽¹⁷⁾. No presente estudo, não se pode associar o esquema ARV com a adesão a terapia farmacológica, pois, encontrou-se uma distribuição uniforme de diferentes esquemas entre os pacientes, tanto nos que abandonaram como os que aderiram ao tratamento.

Durante o estudo, 15% dos pacientes do grupo intervenção e 20,5% do grupo controle necessitaram mudar ou adequar o esquema ARV devido a ocorrência de efeitos adversos, sem que isso revelasse influência na adesão ao tratamento. Em um estudo prévio, já havia sido demonstrado que as dificuldades relacionadas aos efeitos adversos são importantes, mas não são suficientes para explicar a não-adesão ao tratamento ⁽²³⁾. Contudo, a literatura é discordante a respeito da influência de tais efeitos na adesão ao tratamento, uma vez que alguns autores descrevem sua incidência como importante preditor de não adesão ⁽²⁴⁾ e outros não apontam correlação ⁽²⁵⁾.

Na ceara dos efeitos adversos, reafirma-se a importância da proximidade entre a equipe de saúde e o usuário de ARV, pois quando surgem dificuldades com o uso dos medicamentos e antes que essas possam prejudicar a adesão a TARV, o farmacêutico, profissional de fácil acesso no sistema de saúde, poderá avaliar as causas dos efeitos e orientar conduta. As condutas poderão ser no sentido de minimizar ou evitar tais efeitos ao verificar a forma com que os medicamentos são administrados pelos pacientes e o uso de outras substâncias que possam estar interagindo com os ARV evitando, assim, prejuízo na qualidade de vida dos usuários. E em casos onde é preciso adequar ou trocar de esquema ARV o encaminhamento do paciente ao prescritor ocorra com maior brevidade.

O acompanhamento farmacoterapêutico com o grupo intervenção permitiu a análise de diferentes fatores relacionados ao tratamento ARV. Em meio a eles, a análise entre o autoconhecimento referido pelos pacientes sobre HIV/AIDS e tratamento e o conhecimento aferido após o acompanhamento com o farmacêutico, ocorrendo aumento da compreensão por parte dos pacientes em relação ao sua condição e tratamento. O mesmo foi percebido em relação ao tempo de diagnóstico, uma vez que, indivíduos com maior tempo de diagnóstico da infecção são mais adaptadas às alterações decorrentes da soropositividade para o HIV ⁽²⁰⁾.

No contexto de introdução de TARV frequentemente ocorre o uso de outros medicamentos. Sabe-se que, quanto maior é o número de medicamentos utilizados por um indivíduo, maior é o risco de ocorrência de interações medicamentosas, e elas ocorreram em

30% dos pacientes acompanhados. No entanto, não necessitaram de ajuste de doses e dispenderam apenas de monitoramento clínico e laboratorial. Uma vez que, as consultas médicas não se realizam com tanta frequência como as retiradas de medicamentos, o farmacêutico pode contribuir na monitorização do tratamento, realizando seu papel no planejamento de cuidados de cada paciente, como parte de uma equipe multidisciplinar ⁽²⁶⁾ a fim de garantir um atendimento integral às PVHA que acessam a UDM.

O uso de fármacos tranquilizantes e antidepressivos (diazepam e a amitriptilina) pelos pacientes acompanhados pode sugerir a fragilidade emocional acarretada pelo início de TARV, uma vez que, este é o momento no qual a doença se concretiza, muitas vezes, na vida do usuário. Além disso, a baixa média de tempo de diagnóstico pode indicar o momento traumático da ciência da nova condição sorológica, sendo um momento de intenso sofrimento psíquico ⁽²⁷⁾.

Já o fato do sulfametoxazol/trimetropina ser um dos fármacos mais utilizados entre os pacientes se deve a sua indicação no tratamento e/ou profilaxia de infecções oportunista. Estas acometem frequentemente as PVHA devido à baixa imunidade, caso deste estudo, onde 25% dos pacientes anteriormente a introdução da TARV apresentavam contagem de LT-CD4 menor que 200 células/mm³.

A política brasileira de acesso universal à TARV ocasionou diminuição da morbimortalidade, redução de internações e dos custos do tratamento da AIDS. Mas é preciso que altas taxas de adesão sejam mantidas, e para tal se faz necessário melhorar a qualidade do cuidado ⁽²⁸⁾. Nesse contexto, a prática da Atenção Farmacêutica é uma aliada para melhorar a adesão à TARV, já tendo sido demonstrada na avaliação de um programa de atenção farmacêutica dirigido a melhorar a adesão a TARV, em que os pacientes incluídos no estudo apresentaram boa evolução virológica e imunológica, e uma tendência ao aumento na porcentagem de pacientes aderentes ⁽²⁹⁾. Outros estudos, também, demonstram a efetividade da Atenção Farmacêutica em melhorar a aderência aos ARV ^{(8) (9)}.

A adesão aferida através do autorrelato, durante os encontros de acompanhamento, mostrou pequenas variações em suas taxas de adesão sugerindo a criação de vínculo entre profissional e paciente. Com o vínculo formado, o paciente tem a tranquilidade de admitir falhas na tomada dos ARVs. Sabe-se que a adesão medida dessa maneira pode ser superestimada devido ao receio do paciente de julgamento pelos profissionais de saúde, e pela presença de viés de memória ⁽¹⁹⁾. No entanto, o autorrelato tem a capacidade, se bem conduzido, de proporcionar momento de escuta e discussão a respeito das dificuldades diante

do tratamento, sendo por isso utilizado, igualmente, na atenção a saúde, além de ser um método simples, flexível e de baixo custo ⁽²⁾.

Ao analisar o número de abandono ao tratamento para cada grupo, considerando o local de acompanhamento médico do paciente, a taxa de abandono no grupo controle foi maior que no grupo intervenção ($p=0,0635$). A maior parte dos pacientes do grupo controle que abandonaram o tratamento, foram os atendidos no serviço público e que não receberam a Atenção Farmacêutica. Já, neste mesmo grupo, os pacientes atendidos em serviço particular, mostraram boa adesão ao tratamento. Essa circunstância evidencia, apesar da não significância estatística, que o acompanhamento farmacoterapêutico pode ser útil para melhorar a adesão, principalmente, quando dirigida aos pacientes que realizam acompanhamento médico na rede pública de saúde. Talvez, explique-se esse fato pelo menor tempo das consultas médicas nos serviços públicos em comparação aos serviços médicos particulares.

A taxa de abandono de 20,3% encontrada no grupo controle, principalmente entre os pacientes atendidos na rede pública é, ainda, mais preocupante, pois foi obtida durante os seis primeiros meses de tratamento. A literatura já mostrou que as chances de uma pessoa que não interrompeu anteriormente o tratamento por conta própria aderir à TARV é 14 vezes maior em comparação a uma que já interrompeu ⁽³⁰⁾. Além do que, a identificação precoce de usuários de ARVs com alto risco de adquirir resistência viral pode mobilizar ações efetivas que aumentem a chance de preservar os regimes terapêuticos de primeira linha ⁽¹⁵⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O incremento das taxas de adesão ao tratamento medicamentoso das PVHA através do acompanhamento farmacoterapêutico, ainda que estatisticamente não significativo, evidencia a importância da Atenção Farmacêutica. Estudos com maior número de participantes poderão vir a comprovar essa hipótese. Na literatura, encontram-se muitos estudos que avaliaram a adesão a TARV, porém, poucos correlacionaram a adesão ao papel do farmacêutico no atendimento às PVHA. Além do que, os estudos encontrados não avaliavam a adesão em pacientes iniciando o uso de ARVs.

REFERÊNCIAS

1. Schechter M, Rachid, M. Manual de HIV/AIDS 9ª ed 2008.
2. Polejack L, Seidl EM. [Monitoring and evaluation of adherence to ARV treatment for HIV/AIDS: challenges and possibilities]. *Ciencia & saude coletiva*. 2010; 15 Suppl 1:1201-8. Epub 2010/08/05.
3. Brasil. Protocolo de assistência farmacêutica em DST/HIV/Aids: recomendações do Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/HIV/AIDS. Brasília2010.
4. Brasil. Lei nº. 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. *Diário Oficial da União* 1996.
5. Pereira LRL, Freitas O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas* 2008;44(4).
6. Silveira MPT. Avaliação da efetividade da atenção farmacêutica sobre a adesão de pacientes HIV-positivos à terapia anti-retroviral. Dissertação de mestrado 2009.
7. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American journal of hospital pharmacy*. 1990;47(3):533-43. Apub 1990/03/01.
8. Codina C, Delgado O. Recomendaciones para desarrollar un programa de atención farmacéutica al paciente VIH. Comisión de normas y procedimientos de la SEFH, Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria 2001.
9. Ventura CJM, Alós AM. Programa de atención farmacéutica a pacientes VIH com tratamento antirretroviral: metodología y documentación. *Farm Hosp (Madrid)*. 2004;28(1):72-9.
10. Brasil. Relatório de Progresso da Resposta Brasileira ao HIV/AIDS (2010-2011). In: Departamento de DST/HIV/AIDS, Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Ministério da Saúde (MS). Brasília 2012.
11. Bisson GP, Gross R, Bellamy S, Chittams J, Hislop M, Regensberg L, et al. Pharmacy refill adherence compared with CD4 count changes for monitoring HIV-infected adults on antiretroviral therapy. *PLoS medicine*. 2008;5(5):e109. Epub 2008/05/23.
12. Souza MN, Paula CS, Miguel MD, Zanetti VC, Miguel OG, Zanin SMW. Acompanhamento farmacoterapêutico a pacientes usuários de enfuvirtida. *Rev Ciênc Farm Básica Apl* 2010;31:235-9.

13. Caraciolo JMM, Shimma E. Adesão – da teoria a prática. Experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo. São Paulo 2007.
14. Brasil. Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos Infectados pelo HIV 2008. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/HIV/AIDS. Brasília 2008.
15. Rocha GM, Machado CJ, Acurcio FA, Guimaraes MD. Monitoring adherence to antiretroviral treatment in Brazil: an urgent challenge. *Cadernos de saude publica* 2011;27 Suppl 1:S67-78. Epub 2011/04/29.
16. Brasil. Protocolo de assistência farmacêutica em DST/HIV/AIDS: recomendações do grupo de trabalho de Assistência Farmacêutica. . In: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/HIV/AIDS. Brasília 2010.
17. Brasil. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Adultos Vivendo com HIV/AIDS. In: Departamento de DST/HIV/AIDS, Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Ministério da Saúde (MS). Brasília 2013.
18. Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM Operacional) [database on the Internet]. 2013 [cited 18/04/2013]. Available from: <https://siclom.aids.gov.br>.
19. Blatt CR, Citadin CB, Souza FG, Mello RS, Galato D. [Assessment of adherence to antiretroviral drugs in a municipality in southern Brazil]. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2009;42(2):131-6. Epub 2009/05/19. 20. Reis AC, Lencastre L, Guerra MP, Remor E. Relação entre Sintomatologia Psicopatológica, Adesão ao Tratamento e Qualidade de Vida na Infecção HIV e AIDS. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2009;23(3):420-9.
21. Resende RC, Podestá MHMC, Souza WA, Barroso TO, Vilas Boas OMGC, Ferreira EB. Adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes vivendo com HIV/AIDS atendidos pelo Sistema Único de Saúde. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*. 2010;10(2):186-201.
22. Taquette S. Feminização da AIDS e adolescência. *Adolescência & Saúde* volume 2009;6(1).
23. Romeu GA, Tavares MM, Carmo CP, Magalhães KN, Nobre ACL, Matos VC. Avaliação da adesão a terapia antirretroviral de pacientes portadores de HIV. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde*. 2012;3(1):37-41.
24. Lignani Júnior L, Greco DB, Carneiro M. Avaliação da aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/AIDS. *Revista de Saúde Pública*. 2001;495-501.:495-501.

25. De Castilho EA, Szwarcwald CL, De Brito AM. [Cofactors of antiretroviral treatment interruption in cases of adults with AIDS: Rio Grande do Norte, Brazil, 1999-2002]. *Rev Assoc Med Bras.* 2006;52(2):86-92. Epub 2006/06/13.
26. Loureiro VC. Quality of life of HIV+ patients undergoing pharmacotherapeutic follow-up. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences* 2012;48(4).
27. Daspettu C. Um Estranho entre nós: A Repercussão do Diagnóstico de HIV/AIDS na Trajetória de Casais Heterossexuais Soroconcordantes. Dissertação de mestrado 2005.
28. Melchior R, Nemes MI, Alencar TM, Buchalla CM. [Challenges of treatment adherence by people living with HIV/AIDS in Brazil]. *Rev Saude Publica.* 2007;41 Suppl 2:87-93. Epub 2008/04/05
29. Jané CC, Creus MT, Barrueta OI. Evaluación de un programa de atención farmacéutica dirigido a mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. *Farm Hosp (Madrid)* 2004.
30. Seidl EMF, Melchiades A, Farias V, Brito A. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(10):2305-16.

6 CONCLUSÃO

A partir dos resultados deste estudo e da prática estabelecida durante acompanhamento dos pacientes que, também serviu como piloto, foi desenvolvido um Protocolo de Atenção Farmacêutica para implementação na rotina da UDM. Com esse protocolo, esperasse contribuir para a melhoria do serviço assistencial às PVHA em início de TARV. Assim, sugere-se que seja buscado junto às instâncias responsáveis uma instalação física mais apropriada para a UDM, a fim de que a prática da Atenção Farmacêutica e acompanhamento das PVHA se consolidem.

Ainda, ressalta-se que, na literatura, encontram-se muitos estudos que avaliam a adesão a TARV, porém poucos correlacionam a adesão ao papel do farmacêutico na assistência às PVHA, além do que os estudos encontrados não avaliavam a adesão em pacientes no início do tratamento medicamentoso. Portanto:

- O incremento nas taxas de adesão ao tratamento antirretroviral pelas PVHA em acompanhamento no serviço público, apesar da não significância estatística, evidencia a importância da Atenção Farmacêutica. Mais estudos com maior número de participantes poderão vir a comprovar essa hipótese.

- Uma vez que 65% dos pacientes faziam uso de outra medicação além da TARV, a Atenção Farmacêutica pode contribuir na monitorização do tratamento, realizando o farmacêutico o seu papel no planejamento de cuidados junto aos pacientes, evitando que problemas relacionados aos medicamentos prejudicassem a adesão ao TARV.

- A Atenção Farmacêutica, parece ser fator relevante para a adesão ao TARV, uma vez que, variáveis como escolaridade, o esquema antirretroviral utilizado e efeitos adversos aos medicamentos não foram associados ao abandono do tratamento.

BIBLIOGRAFIA

BARTLETT, J. G., GALLANT, J. E. **Medical management of HIV infection**. Baltimore, MA: Johns Hopkins University Press, 2005.

BISSON, G. P. et. al. **Pharmacy refill adherence compared with CD4 count changes for monitoring HIV-infected adults on antiretroviral therapy**. Plos Medicine . v. 5, n. 5, p. 0777-0789, 2008.

BONOLO, F. B., GOMES, R. R. F. M., MARCK DREW, C.G. **Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/Aids): fatores associados e medidas da adesão**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 16, n. 4, p. 261-278, 2007.

BRASIL. Lei no 9.313, de 13 de novembro de 1996. **Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de Aids**. Diário Oficial da União, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos Infectados pelo HIV 2008**. – Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 338/2004**. [acesso em 28/05/2011]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resolucao_338_politica_ass_farmaceutica.pdf
BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 338/2004**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Ministério da Saúde (MS). **Relatório de Progresso da Resposta Brasileira ao HIV/AIDS (2010-2011)**. Organização: Gerson Fernando Pereira, Ângela Pires Pinto e Giovanni Ravasi. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Protocolo de assistência farmacêutica em DST/HIV/Aids: recomendações do Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica**. – Brasília, 2010.

BRASIL. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Ministério da Saúde (MS). **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Adultos Vivendo com HIV/AIDS**. Versão preliminar – Brasília, 2013.

CARACIOLO, J. M. M; SHIMMA, E. **Adesão – da teoria a prática. Experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo.** São Paulo: Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS, v. 1, p. 289, 2007.

CODINA C, DELGADO O. **Recomendaciones para desarrollar un programa de atención farmacéutica al paciente VIH.** Comisión de normas y procedimientos de la SEFH, Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, 2001.

HEPLER, C. D. , STRAND, L.M. **Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care.** Am J Hosp Pharm, v. 47, n. 3, p. 533-543, 1990.

IVAMA, A. M. **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta /** Adriana Mitsue Ivama ...[et al.]. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

MACHUCA, M.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F.; FAUS, M.J. Método Dáder. **Guia de seguimento farmacoterapêutico** (versão português europeu) 3.ed. Granada: GICUF-ULHT, p. 44, 2005.

MCPHERSON-BAKER, S., SCHNEIDERMAN, N. **A measurement model of medication adherence to highly active antiretroviral therapy and its relation to viral load in HIV-positive adults.** Aids Patient Care and STDs, v. 20, n. 10, p. 701-711, 2006.

OTERO, M.J., DOMINGUEZ-GIL, A. **Acontecimientos adversos por medicamentos: una patología emergente.** *Farm Hosp*, v. 24, n. 4, p. 258-266, 2000.

PEREIRA L. R. L., FREITAS O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 4, 2008.

POLEJACK, L., SEIDL, E. M. F. **Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 1, p. 1201-1208, 2010.

ROCHA, G. M. et al. **Monitoring Adherence to Antiretroviral Treatment.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 67-S78, 2011.

SCHECHTER, M., RACHID, M. **Manual de HIV/AIDS - 9ª Ed.** – Editora Revinter. 2008

SICLOM Operacional (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos). Ministério da Saúde. Disponível em <https://siclom.aids.gov.br/principal.asp#> [acesso restrito], 2013.

VENTURA, C. J. M., ALÓS, A. M. **Programa de atención farmacéutica a pacientes VIH com tratamento antirretroviral: metodología y documentación.** FARM HOSP (Madrid), v. 28, n. 1, p. 72-79, 2004.

SILVEIRA, M. P. T. [Tese de doutorado] **Avaliação da efetividade da atenção farmacêutica sobre a adesão de pacientes HIV-positivos à terapia anti-retroviral /** Marysabel Pinto Telis Silveira; orient. Leila Beltrami Moreira.– 2009.

SOUZA, M. N. et al. **Acompanhamento farmacoterapêutico a pacientes usuários de enfuvirtida.** Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl., v. 31, p. 235-239, 2010.

APÊNDICE A – Instrumento para 1ª consulta farmacêutica

Após o usuário ter lido e assinado o TCLE será feito o seguinte questionário:

Nome: _____

Same: _____ Instrumento número: _____ Data coleta dados: __/__/____

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Peso: _____

Raça/cor: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena

Estado civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () Separado () União estável

Cidade de residência: _____

Escolaridade em anos: () 1 a 3 () 4 a 7 () 8 a 11 () 12 e mais () nenhuma

1º CD4: _____ 1º carga viral: _____

Acompanhamento médico: () Público () Particular

Provável modo de transmissão: () Sexual () Sanguínea Especificar _____

Você me autoriza, caso haja necessidade, a entrar em contato através de ligação telefônica? ()
Sim () Não. Se sim, qual o número para contato? _____

Há quanto tempo você tem o diagnóstico de portador de HIV/AIDS? _____

O quanto você sabe sobre HIV/AIDS? (1) Nada (2) Pouco (3) Bastante

Você mora:

(1) Em casa ou apartamento

(2) Albergue ou instituição. Qual? _____

(3) Na rua

Você mora:

(1) Com familiares ou companheiro (a)

(2) Com amigos

(3) Sozinho

Você ingere bebidas alcoólicas:

(1) Todo dia (2) Dia sim dia não (3) Uma vez na semana (4) Raramente (5) Nunca

Você fuma cigarro: () Sim () Não. Se sim, quantos ao dia? _____

Você faz uso de substâncias de uso proibido?

Quais? _____

Todo dia (2) Dia sim dia não (3) Uma vez na semana (4) Raramente

Vou ler algumas afirmativas sobre o que é o vírus HIV. Gostaria que você respondesse se acha certa (C) ou errada (E) cada alternativa e caso não saiba responda “não sei” (NS).

O HIV:

- Destrói a defesa do organismo (C) (E) (NS)
- Pode-se pegar pelo sangue contaminado (C) (E) (NS)
- Pode-se pegar pelo esperma contaminado (C) (E) (NS)
- Pode-se pegar através do beijo (C) (E) (NS)
- Pode-se pegar pela picada de inseto (C) (E) (NS)

Vou ler algumas afirmativas sobre o que é AIDS. Gostaria que você respondesse se acha certa ou errada cada alternativa e caso não saiba responda “não sei”. A **AIDS:**

- Tem tratamento (C) (E) (NS)
- Atinge só o sexo masculino (C) (E) (NS)
- Pode ser evitada por vacina (C) (E) (NS)
- É causada pelo vírus do HIV (C) (E) (NS)
- É transmitida por relação sexual (C) (E) (NS)

Vou ler algumas afirmativas sobre como os medicamentos antirretrovirais agem no corpo. Gostaria que você respondesse se acha certa ou errada cada alternativa e caso não saiba responda “não sei”. Os **MEDICAMENTOS:**

- Destroem o vírus HIV (C) (E) (NS)
- Não deixam o vírus HIV aumentar (C) (E) (NS)
- Não melhoram a resistência do organismo (C) (E) (NS)
- Ajudam a evitar algumas doenças graves (C) (E) (NS)
- Devem ser tomados por toda a vida (C) (E) (NS)

Em sua opinião você precisa de antirretrovirais? Sim (S) Não(N) Não sei (NS).

Agora você receberá orientações a respeito de carga viral e contagem de LT-CD4 para que você possa entender melhor seu tratamento (Explicar sobre os assuntos).

Você sabe da existência de coinfeções. Quais? _____

Você sabe da existência de outras doenças. Quais? () Hipertensão () Diabetes () Outras
Quais? _____

Quais medicamentos ARVs lhe foram prescritos?

1. _____
2. _____
3. _____

Você faz uso de outros medicamentos além dos ARVs, fitoterápicos, chás ou outro produto a base de plantas? (S) (N) Quais e com que frequência?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Você saberia dizer por que precisa desse(s) outro(s) medicamento(s)?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Gostaria de pedir que no nosso próximo encontro você trouxesse em uma sacola todos os medicamentos e produtos para saúde que você utiliza. Para que eu possa verificar se por acaso algum medicamento está interferindo com os demais medicamentos. Isto será feito com o objetivo de melhorar seu tratamento.

Agora será preenchido quadro com dados dos seus exames laboratoriais para acompanhamento do seu tratamento, este mesmo quadro será utilizado nos demais encontros.

	1ª avaliação	2ª avaliação	3ª avaliação	4ª avaliação	5ª avaliação	6ª avaliação
Hb						
Htc						
Leucócitos						
Plaquetas						
Colesterol total						
HDL						
LDL						
Triglicerídeos						
TGO						
TGP						
Uréia						
Creatinina						
CV						
CD4						

Vou fazer algumas perguntas e gostaria que você respondesse **QUAL A CERTEZA QUE VOCÊ TEM:**

Que você será capaz de tomar a maioria dos medicamentos prescritos?

- (1) Não tenho nenhuma certeza
- (2) Tenho pouca certeza
- (3) Estou certo
- (4) Tenho certeza absoluta

Que os medicamentos vão fazer bem para sua saúde?

- (1) Não tenho nenhuma certeza
- (2) Tenho pouca certeza
- (3) Estou certo
- (4) Tenho certeza absoluta

Que se não tomar os medicamentos exatamente como prescrito, o vírus da AIDS no seu corpo não será combatido, ou seja, o vírus ficará resistente aos medicamentos?

- (1) Não tenho nenhuma certeza
- (2) Tenho pouca certeza
- (3) Estou certo
- (4) Tenho certeza absoluta

E se você tomar corretamente os medicamentos ARV o que espera que vai acontecer?

Quanto tempo demorou a consulta? _____

Na percepção do pesquisador o usuário se mostrou () Receptivo as informações () Negando a doença

Na percepção do pesquisador o usuário terá aderência ao TARV

- () Boa () Mediana () Má

APÊNDICE B – Instrumento para consultas farmacêuticas de acompanhamento

Nome: _____

Instrumento número: _____ Data: __/__/____

O usuário compareceu na data correta para retirar seus ARVS? () Sim () Não

Se Não, pode me dizer por qual motivo você não pode comparecer?

Houve a necessidade de troca ou adequação de seus medicamentos ARVs ou outros?

() Sim () Não. Se sim, por qual motivo? _____

Você lembrou-se de trazer a sacola com seus remédios que eu lhe pedi no 1º encontro? () Sim

() Não

Medicamento	Dose	Via	Horário

Nos últimos quatro dias em quantos dias você esqueceu de tomar todas as dose dos seus medicamentos?

(1) Nenhum (2) Um dia (3) Dois dias (4) Três dias (5) Quatro dias

Você segue as recomendações de usar os medicamentos no número de vezes e nos horários que seu médico orienta?

(1) Nunca (2) Algumas vezes (3) Na maioria das vezes (4) Sempre

Alguns dos medicamentos que você usa têm recomendações especiais como tomar com alimentos ou como estômago vazio ou com líquidos?

(1) sim (2) não

Se a resposta for sim, você segue estas recomendações?

(1) Nunca (2) Algumas vezes (3) Na maioria das vezes (4) Sempre

Algumas pessoas esquecem de tomar os medicamentos nos finais de semana. Você esqueceu de tomar alguma dose no último final de semana?

(1) Sim (2) Não Porque? _____

Durante as últimas 4 semanas quantas vezes tomou bebidas contendo álcool?

- (1) Todos os dias (2) Ao menos uma vez por semana
(3) Menos de uma vez por semana (4) nunca

Durante as últimas 4 semanas quantas vezes usou drogas ilícitas, inclusive injetáveis?

- (1) Todos os dias (2) Ao menos uma vez por semana
(3) Menos de uma vez por semana (4) nunca

Em algum dia você esqueceu de tomar os seus medicamentos?

- (1) Nenhum (2) Um dia (3) Dois dias (4) Três dias

Quanto tempo demorou a consulta? _____

Na percepção do pesquisador o usuário se mostrou () Receptivo as informações () Negando a doença

Na percepção do pesquisador o usuário terá aderência ao TARV

- () Boa () Mediana () Má

APÊNDICE C – Instrumento para última consulta farmacêutica

Chegamos a nossa última entrevista, fico muito feliz por você ter participado da nossa pesquisa e agradecida. Espero que nossos encontros tenham sido úteis no seu tratamento e agradáveis e quero que saiba que contribuiu para que outras pessoas sejam beneficiadas como resultado desta pesquisa. Vamos então passar as perguntas:

Nome: _____

Instrumento número: _____

Data da entrevista: __/__/____

O usuário compareceu na data correta para retirar seus ARVS? () Sim () Não. Pode me dizer por qual motivo você não pode comparecer? _____

Vou ler algumas afirmativas sobre o que é o vírus HIV. Gostaria que você respondesse se acha certa (C) ou errada (E) cada alternativa e caso não saiba responda “não sei” (NS).

O HIV:

- Destrói a defesa do organismo (C) (E) (NS)
- Pode-se pegar pelo sangue contaminado (C) (E) (NS)
- Pode-se pegar pelo esperma contaminado (C) (E) (NS)
- Pode-se pegar através do beijo (C) (E) (NS)
- Pode-se pegar pela picada de inseto (C) (E) (NS)

Vou ler algumas afirmativas sobre o que é AIDS. Gostaria que você respondesse se acha certa ou errada cada alternativa e caso não saiba responda “não sei”. A AIDS:

- Tem tratamento (C) (E) (NS)
- Atinge só o sexo masculino (C) (E) (NS)
- Pode ser evitada por vacina (C) (E) (NS)
- É causada pelo vírus do HIV (C) (E) (NS)
- É transmitida por relação sexual (C) (E) (NS)

Vou ler algumas afirmativas sobre como os medicamentos antirretrovirais agem no corpo. Gostaria que você respondesse se acha certa ou errada cada alternativa e caso não saiba responda “não sei”. Os **MEDICAMENTOS**:

- Destroem o vírus HIV (C) (E) (NS)
- Não deixam o vírus HIV aumentar (C) (E) (NS)
- Não melhoram a resistência do organismo (C) (E) (NS)
- Ajudam a evitar algumas doenças graves (C) (E) (NS)
- Devem ser tomados por toda a vida (C) (E) (NS)

Na sua opinião você precisa de ARVs? (S) (N) (NS)

Houve a necessidade de troca ou adequação de seus medicamentos ARVs ou outros?

() Sim () Não. Se sim, por qual motivo? _____

Nos últimos quatro dias em quantos dias você esqueceu de tomar todas as dose dos seus medicamentos?

(1) Nenhum (2) Um dia (3) Dois dias (4) Três dias (5) Quatro dias

Você segue as recomendações de usar os medicamentos no número de vezes e nos horários que seu médico orienta?

(1) Nunca (2) Algumas vezes (3) Na maioria das vezes (4) Sempre

Alguns dos medicamentos que você usa têm recomendações especiais como tomar com alimentos ou como estômago vazio ou com líquidos?

(1) sim (2) não

Se a resposta for sim, você segue estas recomendações?

(1) Nunca (2) Algumas vezes (3) Na maioria das vezes (4) Sempre

Algumas pessoas esquecem de tomar os medicamentos nos finais de semana. Você esqueceu de tomar alguma dose no último final de semana?(1) Sim (2) Não

Se não, por que não pudeste toma-los?

Durante as últimas 4 semanas quantas vezes tomou bebidas contendo álcool?

(1) Todos os dias (2) Ao menos uma vez por semana

(3) Menos de uma vez por semana (4) nunca

Durante as últimas 4 semanas quantas vezes usou drogas ilícitas, inclusive injetáveis?

(1) Todos os dias (2) Ao menos uma vez por semana

(3) Menos de uma vez por semana (4) nunca

Em algum dia você esqueceu de tomar os seus medicamentos?

(1) Nenhum (2) Um dia (3) Dois dias (4) Três dias

Gostaria da sua opinião sobre os nossos encontros?

Quanto tempo demorou a entrevista? _____

Na percepção do pesquisador o usuário se mostrou () Receptivo as informações () Negando a doença

Na percepção do pesquisador o usuário terá aderência ao TARV

() Boa () Mediana () Ruim

CD4 pós-TARV: _____

Carga viral pós-TARV: _____

Datas de retirada de ARVs:

1^a _____

2^a _____

3^a _____

4^a _____

5^a _____

6^a _____

APÊNDICE D – Instrumento para coleta de dados do grupo controle

Nome: _____

Same: _____

Data coleta dados: __/__/____

Instrumento número: _____

Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Raça/cor: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena

Estado civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () Separado () União estável

Cidade de residência: _____

Escolaridade em anos: () 1 a 3 () 4 a 7 () 8 a 11 () 12 e mais () nenhuma

1º CD4: _____

CD4 pós-TARV: _____

1º carga viral: _____

Carga viral pós-TARV: _____

Acompanhamento médico: () Público () Particular

Provável modo de transmissão: () Sexual () Sanguínea. Especificar _____

Peso: _____

Datas de retirada de ARVs:

1ª _____

2ª _____

3ª _____

4ª _____

5ª _____

6ª _____

APÊNDICE E – Protocolo de Atenção Farmacêutica às PVHA em início de terapia antirretroviral

1ª Consulta farmacêutica

1º Realizar acolhimento ao paciente que chega a UDM para iniciar TARV (todo paciente que necessitar iniciar TARV deverá passar por atendimento farmacêutico). Fechar a porta da UDM para garantir sigilo do atendimento.

2º Fazer o registro no SICLOM, imprimi-lo e pedir para o paciente assinar.

3º Verificar se foi feita a notificação no SINAN e armazená-la.

4º Baseado nas Questões para verificar a compreensão do paciente em relação ao HIV/AIDS/tratamento e nortear as orientações a esse respeito pelo farmacêutico onde se pode levantar as dúvidas do paciente em relação ao HIV/AIDS e seu tratamento realizar as devidas explicações. Mesmo que o paciente tenha um bom nível de entendimento é importante que alguns pontos sejam ressaltados, como:

- como ocorre a infecção pelo HIV;
- mudanças provocadas pelo HIV no organismo dos soropositivos;
- como age a medicação antirretroviral;
- por que da importância da adesão ao tratamento;
- como surge a resistência viral;
- necessidade do uso do preservativo e formas de contágio;
- questionar o usuário sobre mais dúvidas que ele possa ter;

5º Preencher instrumento de 1ª Consulta farmacêutica.

6º Verificar os melhores horários para tomada dos ARV (adequá-los a rotina do usuário);

7º Rotular os frascos dos ARV com os horários (pode-se utilizar adesivos). Preencher o Cartão de acompanhamento de tratamento. Quando o usuário precisar de outros medicamentos discriminá-los no mesmo cartão na tabela de horários de medicamentos.

8º Orientar o usuário a utilizar o despertador do celular para evitar esquecimento de doses dos ARVs (caso o paciente tenha dificuldades para tal auxilia-lo).

9º Orientar sobre possíveis efeitos colaterais/ reações adversas mais comuns em início de tratamento. Explicar medidas para preveni-los ou minimiza-los. Orientar jamais suspender a TARV sem falar antes com o médico ou o farmacêutico. Enfatizar que na maioria das vezes esses efeitos são passageiros e cessarão passada a fase de adaptação. E também que caso não regrida há possibilidade de troca de esquema ARV de acordo com indicação do médico responsável;

10º Solicitar ao usuário que repita como deverá tomar seus medicamentos para que se verifique a correta compreensão.

11º Marcar data de retorno para consulta farmacêutica e escreve-la no Cartão de acompanhamento de tratamento.

12º Realizar anotações relevantes no espaço destinado à evolução farmacêutica.

Protocolo de Atenção Farmacêutica às PVHA em início de terapia antirretroviral

Consulta farmacêutica de acompanhamento

- 1º Realizar acolhimento do usuário.
 - 2º Investigar como foi a adaptação a TARV e se houve algum efeito colateral ou reação adversa. Realizar as devidas orientações. Em caso de necessidade contatar o prescritor.
 - 3º Questionar sobre dúvidas quanto à doença e tratamento.
 - 4º Questionar o nome ou cores e formas das apresentações farmacêuticas dos ARVs e os horários que paciente os ingere. Em caso de inadequações realizar as orientações necessárias.
 - 5º Rotular os ARV com os horários e doses para dispensá-los. Preencher o Cartão de acompanhamento de tratamento.
 - 6º Marcar data de retorno para consulta farmacêutica e escreve-la no Cartão de acompanhamento de tratamento.
 - 7º Realizar anotações relevantes no espaço destinado a evolução farmacêutica.
- Sugere-se que o usuário venha em duas consultas de acompanhamento após o início da TARV. Se for verificado que o mesmo encontra-se bem adaptado ao tratamento pode-se dispensá-lo das consultas com o farmacêutico nos próximos dois meses. Reforçando que compareça na data correta para buscar seus ARVs. Deve-se marcar data de consulta que coincida com o 6º mês de tratamento.
 - Na consulta do 6ª mês, aplicar o CEAT-VIH para avaliar adesão ao tratamento. Se o usuário estiver bem adaptado à medicação e com boa adesão a partir da verificação das datas das últimas retiradas de ARVs, resultado esperado de carga viral e CEAT_VHI liberá-lo das consultas com o farmacêutico. O paciente continua a retirar mensalmente os ARVs, porém se necessidade de ser entrevistado pelo farmacêutico. Colocar-se a disposição caso surjam dúvidas ou problemas com o tratamento.
 - Em casos de necessidade, como por exemplo, dificuldades de aceitação da doença ou tratamento, sugere-se encaminhar o usuário para atendimento psicológico, bem como para outros núcleos profissionais (assistente social e nutricionista) para que o usuário tenha suas demandas acolhidas e isso não venha prejudicar a adesão ao tratamento.
 - Quando o usuário apresentar prescrição de genfibrozila, pravastatina ou atorvastatina verificar se o mesmo já recebeu atendimento nutricional, caso contrário encaminhá-lo ao ambulatório da nutrição.
 - Em caso de necessidade orientar como adquirir gratuidade no transporte público.

Questões para verificar a compreensão do paciente em relação ao HIV/AIDS/tratamento e nortear as orientações a esse respeito pelo farmacêutico

O quanto você considera que sabe sobre HIV/AIDS? (1) Nada (2) Pouco (3) Bastante

Vou ler algumas afirmativas sobre o que é o vírus HIV, a AIDS e o tratamento. Gostaria que você respondesse se acha certa (V) ou errada (F) cada alternativa e caso não saiba responda “não sei” (NS).

O HIV:

- Destrói a defesa do organismo (V) (F) (NS)
- Pode-se pegar pelo sangue contaminado (V) (F) (NS)
- Pode-se pegar pelo esperma contaminado (V) (F) (NS)
- Pode-se pegar através do beijo (V) (F) (NS)
- Pode-se pegar pela picada de inseto (V) (F) (NS)

A AIDS:

- Tem tratamento (V) (F) (NS)
- Atinge só o sexo masculino (V) (F) (NS)
- Pode ser evitada por vacina (V) (F) (NS)
- É causada pelo vírus do HIV (V) (F) (NS)
- É transmitida por relação sexual (V) (F) (NS)

Os MEDICAMENTOS:

- Destroem o vírus HIV (V) (F) (NS)
- Não deixam o vírus HIV aumentar (V) (F) (NS)
- Não melhoram a resistência do organismo (V) (F) (NS)
- Ajudam a evitar algumas doenças graves (V) (F) (NS)
- Devem ser tomados por toda a vida (V) (F) (NS)

Você compreende o porquê precisa de medicamentos antirretrovirais? (1) Sim (2) Não

Ficha de acompanhamento para PVHA em início de terapia antirretroviral

1ª consulta farmacêutica

Nome: _____

Sexo: _____ Data início tratamento: ____/____/____

Idade: _____ Peso: _____ Sexo: () Masculino () Feminino

Raça/cor: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena

Estado civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () Separado () União estável

Cidade de residência: _____

Escolaridade em anos: () 1 a 3 () 4 a 7 () 8 a 11 () 12 e mais () nenhuma

Provável modo de transmissão: () Sexual () Sanguínea Especificar _____

Acompanhamento médico: () Público () Particular

Médico assistente: _____

Tempo de diagnóstico soropositivo? _____

Coinfeções/Comorbidades?

(1) Hipertensão (2) Diabetes (3) Hipercolesterolemia (4) Depressão (5) Dependência química
(6) Hepatite (7) Outras, quais? _____

Você faz uso de outros medicamentos além dos ARVs, fitoterápicos, chás ou outro produto a base de plantas? (1) Sim (2) Não. Se sim, quais e com que frequência?

Você mora: (1) Em casa ou apartamento (2) Na rua (3) Albergue/instituição, qual?

Você mora: (1) Com familiares ou companheiro (a) (2) Com amigos (3) Sozinho

Você ingere bebidas alcoólicas: (1) Sim (2) Não. Se sim, com que frequência:

(1) Todo dia (2) Dia sim dia não (3) Uma vez na semana (4) Raramente (5) Nunca

Você fuma cigarro: (1) Sim (2) Não. Se sim, quantos ao dia? _____

Você faz uso de substâncias de uso proibido? (1) Sim (2) Não

Se sim, quais? _____

Ficha de acompanhamento para PVHA em início de terapia antirretroviral

Consulta farmacêutica de acompanhamento

O usuário compareceu na data correta para retirar seus ARVS? (1) Sim (2) Não

Se Não, pode me dizer por qual motivo você não pode comparecer?

Houve a necessidade de troca ou adequação de seus medicamentos ARVs ou outros?

(1) Sim (2) Não. Se sim, por qual motivo? _____

Você começou a usar algum medicamento durante esse mês? (1) Sim (2) Não.

Se sim, qual (is)? _____

Nos últimos três dias em quantos dias você esqueceu de tomar seus medicamentos ARVs?

(1) Nenhum (2) Um dia (3) Dois dias (4) Três dias

Você segue as recomendações de usar os medicamentos no número de vezes e nos horários que seu médico orienta?

(1) Nunca (2) Algumas vezes (3) Na maioria das vezes (4) Sempre

Alguns dos medicamentos que você usa têm recomendações especiais como tomar com alimentos ou como estômago vazio ou com líquidos?

(1) Sim (2) Não. Se sim, você segue estas recomendações?

(1) Nunca (2) Algumas vezes (3) Na maioria das vezes (4) Sempre

Algumas pessoas se esquecem de tomar os medicamentos nos finais de semana. Você esqueceu-se de tomar alguma dose no último final de semana? (1) Sim (2) Não

Por quê? _____

Durante as últimas quatro semanas quantas vezes você tomou bebidas contendo álcool?

(1) Todos os dias (2) Ao menos uma vez por semana

(3) Menos de uma vez por semana (4) Nunca

Se o paciente for dependente químico ou ex-dependente:

Durante as últimas 4 semanas quantas vezes usou drogas ilícitas, inclusive injetáveis?

(1) Todos os dias (2) Ao menos uma vez por semana

(3) Menos de uma vez por semana (4) Nunca

Em algum dia você esqueceu de tomar os seus medicamentos?

(1) Nenhum (2) Um dia (3) Dois dias (4) Três dias

Evolução farmacêutica: _____
