

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM  
GESTÃO E ATENÇÃO HOSPITALAR NO  
SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

**CONSULTA MULTIPROFISSIONAL PARA AVALIAÇÃO  
DA ADESÃO AO TRATAMENTO  
ANTIRRETROVIRALDE PACIENTES PORTADORES DO  
HIV**

**MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO**

**Débora Hermes**

**Santa Maria, RS, Brasil2015**

# CONSULTA MULTIPROFISSIONAL PARA AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL DE PACIENTES PORTADORES DO HIV

Débora Hermes

Monografia de conclusão de Curso de Residência do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Área de Concentração Crônico-Degenerativo, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde.**

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Sandra Trevisan Beck  
Santa Maria, RS, Brasil, 2015

# **CONSULTA MULTIPROFISSIONAL PARA AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL DE PACIENTES PORTADORES DO HIV**

**Débora Hermes**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Área de Concentração Crônico-Degenerativo, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde.**

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Sandra Trevisan Beck**

**Santa Maria, RS, Brasil,**

**2015**

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e  
Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova a Monografia de Especialização

**CONSULTA MULTIPROFISSIONAL PARA AVALIAÇÃO DA ADESÃO  
AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL DE PACIENTES  
PORTADORES DO HIV**

elaborada por  
**Débora Hermes**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de  
Saúde.**

**COMISSÃO EXAMINADORA**

**Sandra Trevisan Beck, Dra.**  
(Presidente/orientadora)

**Laura Vielmo, M.<sup>a</sup> HUSM**

**Maria Suzana dos Santos, Esp.Pref.Mun.Santa Maria**

**Santa Maria, 11 de março de 2015.**

## RESUMO

Monografia de Especialização  
Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no  
Sistema Público de Saúde  
Universidade Federal de Santa Maria

### CONSULTA MULTIPROFISSIONAL PARA AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL DE PACIENTES PORTADORES DO HIV

AUTORA: DÉBORA HERMES

ORIENTADORA: Prof.<sup>a</sup> Dra. Sandra Trevisan Beck

Data e Local da Defesa: Santa Maria 11 de março de 2015.

**Introdução:** Entre os fatores importantes para que o paciente seja aderente ao tratamento medicamentoso está o apoderamento do indivíduo sobre sua condição de saúde, facilitando aceitação e a integração do regime terapêutico no cotidiano do indivíduo. **Objetivo:** Verificar o grau de adesão ao tratamento e sua influência na eficiência da terapia antirretroviral (TARV), bem como determinar o conhecimento do paciente sobre a ação dos medicamentos e a percepção da importância destes para a melhora do seu estado de saúde. **Métodos:** Entre as ações realizadas no momento do atendimento pela equipe da residência multiprofissional, composta por um farmacêutico, nutricionista e fisioterapeuta, foi aplicado um questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral (CEAT-VIT, versão em português), e avaliado o resultado da carga viral de 50 pacientes portadores do vírus HIV, recebendo TARV a pelo menos seis meses. **Resultados:** O grau de adesão ao tratamento mostrou ser bom ou estrito, na maioria dos pacientes (82%) dos pacientes, independente do controle da carga viral. Entre os indivíduos com carga viral detectável, 54% relataram ter conhecimento no máximo regular sobre a ação e importância do medicamento para o controle da sua doença, a maioria percebeu os benefícios do uso do medicamento e sua relação com a melhora do seu estado geral de saúde. **Conclusão:** Apesar da dificuldade inerente ao tratamento existente para as doenças crônicas, os pacientes, quando bem orientados mostram motivação para seu tratamento, como demonstrados pelo índice de boa adesão encontrado.

**Palavras-chave:** HIV. Tratamento Antirretroviral. Atendimento Multiprofissional.

## ABSTRACT

Monograph of Specialization  
Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no  
Sistema Público de Saúde  
Universidade Federal de Santa Maria

### CONSULTATION FOR MEMBERSHIP MULTIPROFESSIONAL ASSESSMENT ANTIRETROVIRAL TREATMENT OF PATIENTS LIVING WITH HIV

AUTHOR: DÉBORA HERMES  
ADVISOR: SANDRA TREVISAN BECK

Date and Place of Defense: Santa Maria, March 11th, 2015.

**Introduction:** Among the important factors for patient adherence to drug therapy is the empowerment of the individual about his health condition, facilitating acceptance and integration of the therapeutic regimen in daily life of this individual.

**Objective:** To determine the degree of adherence to treatment and its influence on efficiency of antiretroviral therapy (ART) and to determine the patient's knowledge about the action of drugs and the perception of the importance of these for improving their health. **Methods:** Among the actions carried out at the time of assistance by the staff of the multidisciplinary residence, made by a pharmacist, nutritionist and physiotherapist, a questionnaire was administered to the Adherence to Antiretroviral Treatment Evaluation (CEAT-VIT, Portuguese version), and evaluated the result 50 viral load of HIV patients receiving HAART at least six months. **Results:** The degree of adherence to treatment was found to be good or strict in most patients (82%) patients, independent of the control of viral load. Among subjects with detectable viral load, 54% reported having regular knowledge of the action and importance of the drug to control their disease, most realized the benefits of the drug and its relationship with the improvement in her health. **Conclusion:** despite the difficulty inherent to existing treatment for chronic diseases, patients, when properly oriented show motivation for treatment, as demonstrated by good compliance rate found.

**Key Words:** HIV, Antiretroviral Therapy, Patient Care Team

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Escore da pontuação do questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral e grau de adesão.....	28
Tabela 2 - Grau de adesão dos pacientes estratificados de acordo com a situação virológica dos pacientes em TARV .....	30
Tabela 3 - Grau de informação sobre os medicamentos antirretrovirais relacionados ao controle da viremia dos pacientes em TARV.....	31
Tabela 4 - Percepção de pacientes com diferentes níveis de viremia.....	32
Tabela 5 - Percepção dos pacientes em TARV com diferentes níveis de controle da viremia em relação a condição de saúde após início do tratamento. ....	32

## LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido. ....	50
Apêndice B - Termo de Confidencialidade. ....	52
Apêndice C - Questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antiretroviral. ....	53



## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	10
1.1	Justificativa.....	11
1.2	Objetivos .....	12
1.2.1	Objetivo Geral.....	12
1.2.2	Objetivo Específico.....	12
2	REVISÃO DE LITERATURA .....	13
2.1	HIV/AIDS.....	13
2.2	Tratamento e Adesão.....	14
2.3	Equipe Multiprofissional e Acolhimento.....	18
2.4	O papel do farmacêutico no tratamento do HIV/AIDS e na Equipe Multiprofissional .....	20
3	MATERIAIS E MÉTODOS .....	26
3.1	Casuística .....	26
3.2	Métodos .....	27
4	RESULTADOS.....	29
5	DISCUSSÃO .....	33
6	CONCLUSÃO .....	39
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	40
	APÊNDICES.....	49

## 1 INTRODUÇÃO

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) constitui-se em grande preocupação pela crescente disseminação mundial, gravidade e pelas muitas interrogações e dificuldades que seu controle suscita (ILIAS, 2011). Compreende-se a epidemia do HIV/AIDS como problema de saúde pública tendo em vista suas consequências sobre o processo de governabilidade e sustentabilidade das nações e sociedades (POLEJACK, 2010).

Desde o início da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (AIDS) nos anos de 1980 até hoje, muito tem sido feito para melhorar a qualidade de vida dos portadores de HIV e, dentre outras ações, está a distribuição universal de medicamentos, em que o Brasil foi o primeiro país do terceiro mundo a adotar essa medida (FIGUEIREDO, 2006). Em 1996 foi sancionada a lei que garante aos portadores do vírus HIV e AIDS o direito de receber gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), todos os medicamentos necessários ao seu tratamento (BRASIL, 1996), com isso ocorreu uma redução da morbidade e mortalidade, reduzindo o número de internações e o aumento da expectativa de vida (PADOIN, 2013).

Depois da introdução da Terapia Antirretroviral (TARV), a AIDS passou a ser considerada uma doença crônica, que se manejada e tratada, diminui, consideravelmente, a probabilidade de adoecimento e morte das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA). Além disso, estudos recentes evidenciaram que o tratamento não é só eficaz para o controle da doença e melhoria da qualidade de vida, mas também para a diminuição da transmissão do vírus (COHEN, 2011; WILSON, 2008).

Atualmente os esforços para o controle da epidemia de HIV/AIDS, no Brasil, estão concentrados no diagnóstico precoce da infecção e no tratamento das PVHA (MONTANER, 2013).

Ao lado da disponibilidade dos recursos terapêuticos e do otimismo quanto ao prognóstico em HIV/AIDS, constata-se um aspecto crucial para o sucesso da TARV, a adesão ao tratamento (SEIDL, 2007). A adesão é compreendida como um processo dinâmico e multifatorial que abrange aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e

comportamentais, que requer decisões compartilhadas e corresponsabilização entre a PVHA, a equipe de saúde e a rede social (BRASIL, 2007). Agrega-se a essa compreensão o princípio da autonomia, pois o tratamento exige a concordância do paciente com as recomendações preconizadas, implicando no desempenho de um papel ativo e participativo no cuidado à saúde. Considera-se ainda uma boa relação profissional/paciente para que a adesão aconteça de forma satisfatória (CARACIOLO, 2007), ou seja, manter a carga viral indetectável, em que é necessário que pelo menos 95% dos medicamentos antirretrovirais (ARV) prescritos sejam efetivamente tomados (GOMES, 2009).

O serviço de saúde, ao adotar práticas centradas no usuário, faz-se necessário desenvolver capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar. Nesse sentido o trabalho em saúde deve incorporar mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como, por exemplo, acolhimento e vínculo (MERHY, 1998).

O acolhimento propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, partindo de três princípios: atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional; e qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania (FRANCO, 1999). O acolhimento deve ser visto como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica (FAGUNDES, 2004).

## 1.1 Justificativa

Para favorecer a adesão do paciente a TARV deve-se superar o atendimento compartimentalizado, centrado apenas no enfoque médico-clínico, envolvendo uma abordagem multidisciplinar, estabelecendo um vínculo entre o usuário e a equipe,

fazendo-se com que o paciente sinta-se mais seguro, respeitado e tenha confiança para expressar suas dúvidas relacionadas ao viver com o HIV e AIDS (BRASIL, 2008).

A participação do farmacêutico nas equipes multidisciplinares das unidades de saúde pode contribuir para a melhoria da adesão e dos resultados dos tratamentos à medida que traz informações sobre os medicamentos, respondendo às dúvidas e questões sobre os esquemas terapêuticos (GOMES, 2007) e seus efeitos adversos, sendo estes um fator de relevância para não adesão ao tratamento.

## 1.2 Objetivos

### 1.2.1 Objetivo Geral

Verificar através da atenção multiprofissional as dificuldades e aspectos gerais que influenciam na eficiência do tratamento antirretroviral de pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana.

### 1.2.2 Objetivo Específico

- Verificar através do grau de adesão o sucesso de tratamento antirretroviral
- Verificar a importância do paciente estar informado sobre os medicamentos para que haja eficiência do tratamento.
- Determinar o grau de percepção do paciente quanto aos benefícios da TARV.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 HIV/AIDS

A Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (AIDS) é caracterizada pela diminuição da atuação do sistema imunológico no organismo humano devido à presença do HIV. Este é um vírus altamente mutagênico que pode ser transmitido através da relação sexual desprotegida, principal via de transmissão, por contato com sangue contaminado e também por transmissão vertical da mãe para o feto (CARVALHO, 2014).

Surgida em meados de 1981 em adultos do sexo masculino e homossexuais nos Estados Unidos, a AIDS é uma doença infectocontagiosa, sem cura, caracterizada como um fenômeno global, dinâmico e instável (BRITO, 2000). Compreende-se a epidemia do HIV/AIDS como um problema de saúde pública, tendo em vista suas consequências sobre o processo de governabilidade e sustentabilidade sobre as nações e sociedades (POLEJACK, 2010).

O desenvolvimento da epidemia de AIDS no Brasil tem apresentado mudanças relevantes. A redução da mortalidade devido aos efeitos positivos da terapia antirretroviral (TARV), transformou a infecção em uma doença crônica (SCHAURICK, 2006). A expansão da infecção tem sido maior sobre grupos populacionais que apresentam uma maior vulnerabilidade social e cultural (FERREIRA, 2011).

No ano de 2012 foram notificados 39.185 casos de AIDS no Brasil, segundo o Boletim Epidemiológico HIV/AIDS de 2013. Este valor vem se mantendo estável nos últimos cinco anos. A taxa de detecção nacional foi de 20,2 casos para cada 100.000 habitantes. A maior taxa foi observada na região sul (30,9), seguida pela região norte (21,0), região sudeste (20,1), região centro-oeste (19,5) e região nordeste (14,8).

Nos últimos dez anos, a taxa de detecção de AIDS no Brasil sofreu uma elevação de cerca de 2%. No entanto, observam-se diferenças significativas entre as cinco regiões. No período de 2003 a 2012, dentre as cinco regiões do país, observa-se

uma diminuição nas regiões sudeste e sul, enquanto nas demais regiões verificam-se um aumento.

Dentre as unidades da federação, destacam-se as maiores taxas de detecção de casos de AIDS no Rio grande do Sul, Santa Catarina, Amazonas e Rio de Janeiro (BRASIL, 2013).

Em 1988 foi criado no país o Programa Nacional de DST/AIDS, que tinha como objetivo coordenar o Plano Nacional de Combate da AIDS. Em 1999, instituiu-se a Política Nacional de DST/AIDS, buscando sistematizar as diretrizes impostas pelo programa através de ações fundamentadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (SOUZA, 2010).

No Brasil entre as estratégias para combater a epidemia, destaca-se a política de distribuição universal e gratuita dos medicamentos antirretrovirais (ARV) aos portadores do HIV e doentes de AIDS que necessitem de tratamento (POLEJACK, 2010)

O Brasil distribui medicamentos para doenças oportunistas desde 1988 e zidovudina desde 1991 (PORTELA, 2006), e no ano de 1996, de forma pioneira e inovadora, dentre as estratégias implantadas para o controle da epidemia, foi sancionada a lei 9.313, de 13 de novembro de 1996, que garante acesso universal e gratuito de medicamentos a todas as pessoas com HIV/AIDS (MINISTÉRIO DA SAUDE, 1999). Indicadores evidenciam os efeitos positivos dessa política, com a redução da mortalidade, diminuição das internações hospitalares e redução da incidência de infecções oportunistas e da transmissão vertical do HIV (POLEJACK, 2010).

## 2.2 Tratamento e Adesão

Apesar dos vários estudos acerca da AIDS, ainda não foi revelada uma terapêutica de eficácia comprovada para a sua cura, existindo, no entanto, uma terapia combinada de medicamentos ARV que tem como função inibir a produção de novos vírus e auxiliar na profilaxia de infecções oportunistas (BONOLO, 2007).

Com o advento da TARV, houve aumento significativo do tempo de vida e, conseqüentemente, da expectativa de melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde das PVHA (GEOCZE, 2010). A adesão a TARV conduz a um progresso na qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA), como a melhora do estado imunológico, indicado pelo aumento dos linfócitos TCD4+ na circulação sanguínea, diminuição da carga viral e a conseqüente redução da taxa de mortalidade por AIDS.

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção do HIV em Adultos do Ministério da Saúde de 2013, deve-se estimular o início imediato da TARV para todas as PVHA, independentemente do seu estado imunológico, na perspectiva de redução da transmissibilidade do HIV, considerando a motivação do paciente. Evidências de benefícios clínicos e de prevenção da transmissão do HIV providas por estudos intervencionistas e observacionais, somadas a disponibilidade de opções terapêuticas progressivamente mais cômodas e bem toleradas, justificam o estabelecimento de novos critérios para o início da TARV, que incluem a recomendação de início mais precoce (BRASIL, 2013).

Contudo, sabe-se que o sucesso do tratamento tem relação direta com a adesão, além da eficácia do medicamento e das características do doente e da doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A adesão é um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração do regime terapêutico no cotidiano das PVHA, pressupondo sua participação nas decisões. Essa adesão pode ser entendida não só como a tomada de medicamentos, mas também como o vínculo com a equipe de saúde, acompanhamento clínico laboratorial, adequação aos hábitos e às necessidades individuais e negociação entre usuários e os profissionais no reconhecimento de responsabilidades específicas de cada um com vistas à autonomia (PADOIN, 2010).

As dificuldades de adesão em HIV/AIDS decorrem, em parte, da complexidade da TARV, na medida em que alguns medicamentos precisam ser ingeridos com alimentos, outros em jejum, ou em seqüências temporais combinadas com outros medicamentos, o que exige organização e compromisso do paciente em relação ao seu tratamento. Outra barreira importante refere-se aos efeitos colaterais (BAER, 2002).

Nestes casos, tomar a medicação pode representar uma situação aversiva por causa da ocorrência, para alguns pacientes, de efeitos adversos e desconfortáveis (AMMASSARI, 2002).

Frente a todas estas dificuldades, para que seja atingida a meta de que pelo menos 95% dos medicamentos ARV prescritos sejam efetivamente tomados, uma avaliação precisa da adesão é fundamental. Com a não existência de uma medida “padrão-ouro”, diferentes métodos são utilizados para estimar a não adesão, incluindo: auto-relato, prontuário médico, contagem de pílulas, registro diário de uso de medicamentos, verificação dos níveis plasmáticos dos ARV, sistema de monitorização eletrônica e os registros de dispensação da farmácia (SEGUY, 2007).

O HIV se replica e pode fazer milhões de novas cópias diariamente no organismo. A quantidade ou o número de cópias do HIV no sangue chama-se “carga viral”, o que é quantificado por meio de exame laboratorial. Quando disponível, o exame de carga viral pode contribuir muito para o monitoramento da evolução da doença, da eficácia da terapia antirretroviral (ARV) e do sucesso ou não do tratamento.

O exame de carga viral mostra o número de cópias do HIV por mililitro de sangue. Quando o resultado mostra carga viral alta, isto significa que o HIV está se replicando muito. A carga viral é alta quando fica entre 5.000 e mais de 1 milhão de cópias/mL. De modo geral, um resultado com carga viral alta significa que a doença está evoluindo mais rapidamente. Por outro lado, um resultado com carga viral baixa pode estar entre 40 e 500 cópias/mL. Isto significa que o vírus não está se replicando ativamente, e que a evolução da doença é lenta. Se uma pessoa com HIV recebe um resultado com carga viral indetectável, isto quer dizer que o número de cópias do HIV por mL de sangue está abaixo do limite necessário para a detecção. Este limite varia conforme o tipo de teste. É importante lembrar que um resultado com carga viral indetectável não significa que a pessoa foi curada ou que ela não tem HIV. Significa apenas que não há uma quantidade suficiente de HIV no sangue para poder ser detectado pelo teste utilizado. O HIV permanece nas células e nos tecidos do organismo (CALDERON, 2011).

Ressalta-se que a má adesão é uma das principais causas de falha terapêutica. A falha virológica é caracterizada por carga viral plasmática detectável após seis meses



do início do tratamento antirretroviral ou por detecção da carga viral nos indivíduos que a mantinham indetectável na vigência de tratamento. Em todos os casos, a viremia deve ser confirmada em coleta consecutiva após intervalo de pelo menos quatro semanas da anterior. A falha virológica pode reduzir os benefícios da TARV em relação a recuperação imunológica e aumentar o risco de progressão da doença, além de levar a emergência de cepas virais resistentes aos ARV. Portanto, deve ser o principal parâmetro para a definição de falha a TARV, particularmente após a terapia inicial (BRASIL, 2013).

O uso dos medicamentos em doses subótimas ou de forma irregular acelera o processo de seleção de cepas virais resistentes, levando a necessidade de novos esquemas antirretrovirais denominados esquemas de resgate (BRASIL, 2006). A resistência viral as drogas é a causa e a consequência inevitável de uma supressão incompleta da replicação do vírus HIV (SHAFFER, 2000).

A genotipagem é um dos métodos destinados para designar genes mutantes ou crescimento viral característico que sugerem a redução da suscetibilidade a drogas antirretrovirais específicas ao HIV (WILSON, 2003). O teste de genotipagem otimiza a escolha do esquema de resgate, reduzindo a chance de acúmulo progressivo de mutações e de ampla resistência a ARV (BRASIL, 2013).

Neste universo de indivíduos portadores do HIV, deve-se chamar a atenção para a existência de indivíduos chamados “controladores de elite”, que mantêm, mesmo na ausência de TARV, a viremia em níveis muito baixos, podendo ser indetectável em testes moleculares. A estimativa de indivíduos considerados controladores de elite depende de dois parâmetros: o valor da carga viral e o tempo em que o indivíduo permanece com a carga viral abaixo ou igual ao valor limite de detecção, sem a ação de antirretrovirais. Estudos recentes em indivíduos infectados e em doadores de sangue sugerem que a ocorrência de controladores de elite não é superior a 1% das pessoas diagnosticadas (BRASIL, 2013).

### 2.3 Equipe Multiprofissional e Acolhimento

A incorporação da perspectiva dos pacientes na prevenção do HIV e na avaliação da adesão implica ampliar os horizontes de sua abordagem pelos profissionais de saúde, o que se traduz numa visão e numa ação que transcende os aspectos puramente quantitativos dos parâmetros biomédicos e, compreende por sua vez a valorização das distintas dimensões do sujeito sobre a terapêutica (FERREIRA, 2011).

A terapêutica é entendida como um movimento dirigido à autonomia frente às limitações produzidas pelo adoecimento, indicando que o sucesso prático das intervenções em saúde se realiza, justamente, a partir da construção de uma relação emancipatória entre o profissional e o usuário (MATTOS, 2008).

Considerar as perspectivas pessoais do e sobre o adoecimento como elemento central da abordagem terapêutica requer integrar o paciente tanto como sujeito no processo de enfrentamento das rupturas causadas pela situação de adoecimento, quanto como mediador entre as intervenções médicas e como promotor de normatizar novas normas de vida (BONET, 2008).

Para promover a autonomia e o conseqüente empoderamento do sujeito no processo saúde-doença é importante uma abordagem multidisciplinar que supere o atendimento compartimentalizado, centrado apenas no enfoque médico-clínico, estabelecendo um vínculo entre a equipe e o usuário, facilitando o acompanhamento e a adesão ao serviço, fazendo com que o paciente sinta-se mais seguro, respeitado e tenha confiança para expressar suas dúvidas relacionadas com o viver com HIV/AIDS (BRASIL, 2008).

O trabalho em equipe multiprofissional consiste numa modalidade de trabalho coletivo, que configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação (PEDUZZI, 1998).

Diante da magnitude da AIDS, o Ministério da Saúde propôs em 1994, a implantação de Serviços de Atenção Especializada (SAE) em HIV/AIDS (SILVA, 2007). O SAE é uma unidade assistencial de caráter ambulatorial que visa realizar ações de assistência, prevenção e tratamento as pessoas com HIV ou AIDS através da ação de uma equipe multiprofissional mínima composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores, entre outros (BRASIL, 2014). O que mostra a importância de uma equipe multiprofissional no tratamento das PVHA.

As ações preconizadas pelo SAE são embasadas nos cuidados da enfermagem, na orientação e no apoio psicológico, nos atendimentos em infectologia, bem como o ginecológico, pediátrico e odontológico; além de controle e distribuição de ARV, orientações farmacêuticas, realização de exames de monitoramento, distribuição de insumos de prevenção, atividades educativas para a adesão ao tratamento e para a prevenção e controle de DST e AIDS (BRASIL, 2014).

Além dessas atividades, merecem destaque as práticas de aconselhamento e acolhimento aos portadores de HIV/AIDS. O aconselhamento é entendido como um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no usuário, com vista na relação de confiança entre profissional e o paciente, vale ressaltar que em qualquer situação de aconselhamento, os profissionais de saúde devem levar em conta as condições do paciente em termos de maior ou menor fragilidade social (BRASIL, 1998).

O acolhimento propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, partindo de três princípios: atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo acessibilidade universal; reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional; e qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania (FRANCO, 1999).

O acolhimento é um processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por

meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando a horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2013).

O acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), entendendo-se por humanização a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e os protagonismos dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2013).

O acolhimento deve ser visto, portanto, como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica (FAGUNDES, 2004). É um processo no qual trabalhadores e instituições tomam, para si, a responsabilidade de intervir em uma dada realidade, em seu território de atuação, a partir das principais necessidades de saúde, buscando uma relação acolhedora e humanizada para prover saúde nos níveis individual e coletivo (ORTIZ, 2004).

#### **2.4 O papel do farmacêutico no tratamento do HIV/AIDS e na Equipe Multiprofissional**

A Política Nacional de Medicamentos, aprovada pela Portaria 3.918/98, tem como objetivo formular as diretrizes de reorientação do modelo de Assistência Farmacêutica, com a definição do papel das três instâncias político-administrativas do SUS, com o propósito de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. São oito as diretrizes dessa política, a saber: adoção da relação de medicamentos essenciais (RENAME); regulamentação sanitária de

medicamentos; reorientação da Assistência Farmacêutica; promoção do uso racional de medicamentos; desenvolvimento científico e tecnológico; promoção da produção de medicamentos; e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2000).

Em 2004, através da Resolução 338 do Conselho Nacional de Saúde, é aprovada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, que vem de encontro a Política Nacional de Medicamentos. Esta resolução destaca a atuação do farmacêutico na promoção da saúde e do uso racional de medicamentos, envolvendo ações referentes à atenção farmacêutica. Engloba treze eixos estratégicos, dentro dos quais se destaca a manutenção de serviços de assistência farmacêutica existentes em articulação com os gestores estaduais e municipais, nos diferentes níveis de atenção; desenvolvimento, valorização, formação, fixação e capacitação de recursos humanos; promoção do uso racional de medicamentos por intermédios de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo (BRASIL, 2004).

Os medicamentos ARV incluem-se no Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, ficando sob responsabilidade da União a elaboração de protocolos clínicos e a aquisição dos medicamentos, e de responsabilidade dos estados a sua distribuição de acordo com planejamento prévio. O Governo Federal, através da lei 9.313/96 de 13 de novembro de 1996, garante acesso universal e gratuito à TARV, sendo o Ministério da Saúde o único comprador de ARV, realizando a compra centralizada, para assim garantir o acesso (BRASIL, 1996).

Um avanço importante para o desenvolvimento da assistência farmacêutica no mundo foi a conferência mundial sobre atenção primária à saúde, realizado em Alma-Ata (OMS, 1978). Nesta reunião foram destacados pontos importantes em relação à assistência farmacêutica, destacando-se: “O abastecimento dos medicamentos essenciais foi considerado um dos oito elementos básicos da atenção primária à saúde; recomendação para que os governos formassem políticas e normas nacionais de importação, produção local, venda e distribuição de medicamentos e produtos biológicos de modo a assegurar, pelo menor custo possível, a disponibilidade de medicamentos essenciais nos diferentes níveis dos cuidados primários à saúde; que adotassem medidas específicas para prevenir a excessiva utilização de medicamentos;

que incorporassem medicamentos tradicionais de eficácia comprovada e estabelecessem sistemas eficientes de administração e fornecimento”. Neste mesmo documento foi definido o papel do farmacêutico, como o profissional que ocupa o papel chave na assistência farmacêutica, na medida em que é o único profissional da equipe de saúde que tem sua formação técnico-científica fundamentada na articulação de conhecimentos das áreas biológicas e exatas. E como profissional de medicamentos, traz também para essa área de atuação conhecimentos de análises clínicas e toxicológicas e de processamento e controle de alimentos.

Em relação à atividade do farmacêutico, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu que esse é o profissional com melhor capacitação as ações destinadas à melhoria do acesso e promoção do uso racional de medicamentos, sendo ele indispensável para organizar os serviços de apoio necessário para o desenvolvimento pleno da assistência farmacêutica (OMS, 1988).

A assistência farmacêutica no Brasil pode ser considerada como parte indissociável existente do modelo assistencial existente, sendo de caráter multiprofissional e intersetorial (CARLOS, 1997).

O termo Atenção Farmacêutica foi adotado e oficializado no Brasil, a partir de discussões lideradas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), OMS, Ministério da Saúde, entre outros. Foi definida Atenção Farmacêutica com o um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e responsabilidades 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, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções de seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (CONSENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA, 2002).

Muitos autores descrevem a Atenção Farmacêutica como uma prática, ou seja, ferramenta que facilita a interação do farmacêutico com o usuário do sistema de saúde, facilitando um melhor acompanhamento dos pacientes, controlando a farmacoterapia,

prevenindo, identificando e solucionando problema relacionados a medicamentos que possam surgir (PEREIRA, 2008).

A Atenção Farmacêutica é um modelo de prática profissional que busca prevenir ou resolver problemas farmacoterapêuticos de maneira sistematizada e documentada. Além disso, envolve o acompanhamento do paciente com dois objetivos principais: responsabilizar-se junto com o paciente para que o medicamento prescrito seja seguro e eficaz, na posologia correta e resulte no efeito terapêutico desejado; e atentar para que ao longo do tratamento, as reações adversas aos medicamentos sejam as mínimas possíveis e quando surgirem, que possam ser resolvidas imediatamente (CIPOLLE, STRAND, MORLEY, 2000).

A Atenção Farmacêutica mais pró-ativa rejeita a terapêutica de sistemas e busca a qualidade de vida e demanda que o farmacêutico seja um generalista. O exercício profissional do farmacêutico hoje busca a concepção clínica da sua atividade, além da integração e colaboração com os membros da equipe de saúde, cuidando diretamente do paciente (PERETTA, CICCIA, 1998).

A Farmácia Clínica foi caracterizada nos anos 1960, nos Estados Unidos, e compreende uma série de atividades voltadas para maximizar os efeitos da terapêutica e minimizar os riscos e os custos do tratamento ao paciente (FERRACINI, 2014).

O farmacêutico clínico trabalha promovendo a saúde, prevenindo e monitorando eventos adversos, intervindo e contribuindo na prescrição de medicamentos para a obtenção de resultados clínicos positivos e otimizando a qualidade de vida dos pacientes sem, contudo, perder de vista a questão econômica relacionada à terapia (FERRACINI, 2014).

Desde 1997, a OMS juntamente com a Federação Farmacêutica Internacional tem reconhecido o papel relevante dos profissionais farmacêuticos na luta contra a epidemia da AIDS, por promover o desenvolvimento de uma boa prática de dispensação, aconselhamento individual, apoio no acompanhamento dos pacientes e na promoção da adesão ao tratamento (COMMONWEALTH PHARMACEUTICAL ASSOCIATION, 2003). Além disso, diversos estudos tem ressaltado a relevância da assistência farmacêutica na promoção da adesão à TARV (HARDY, 2005), melhorando a resposta virológica dos pacientes infectados (CASTILHO, 2004).

No Brasil, na 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica em 2003, foram apresentadas propostas para a aplicabilidade da Assistência Farmacêutica em áreas essenciais, como as DST/AIDS, que, por sua vez, apresentam impacto direto nos gastos do Ministério da Saúde com medicamentos. Nessa direção, a Atenção Farmacêutica além de ter como meta o cuidado ao usuário, também pode ser uma estratégia na promoção do uso racional de medicamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

No campo das pessoas que utilizam ARV, um dos pontos de contato mais importantes do sistema de saúde com os usuários é o momento da dispensação dos medicamentos. Esse encontro permite que os farmacêuticos não apenas orientem e repassem informações ao usuário, mas que o façam em um processo de troca, A convicção da sua importância para compor uma atenção mais integral, valorizou o papel do farmacêutico na composição da multidisciplinaridade que caracteriza a resposta nacional a epidemia do HIV/AIDS (BRASIL, 2010).

A importância e complexidade do tratamento medicamentoso, assim como o dinamismo com que são incorporados novos fármacos, dão ao farmacêutico um papel de destaque no apoio à qualidade da prescrição. Isso inclui orientações individuais aos pacientes sobre o uso do medicamento, supervisão e orientação sobre a adequação dos esquemas ARV, doses, posologias e interações, participação em grupos de adesão e controle de faltosos, além de aspectos clínicos envolvidos com o manejo, informação e notificação de efeitos adversos (BRASIL, 2010).

Ao farmacêutico são essenciais conhecimentos, atitudes e habilidades que lhe permitam integrar-se a equipe de saúde e interagir com o paciente e a comunidade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, em especial no que se refere a otimização da farmacoterapia e ao uso racional de medicamentos. O envolvimento do farmacêutico no processo de atenção à saúde é fundamental para a prevenção dos danos causados pelo uso inadequado de medicamentos (BRASIL, 2010).

As ações do farmacêutico, no modelo de Atenção Farmacêutica, na maioria das vezes, são atos clínicos individuais. Mas as sistematizações das intervenções farmacêuticas e a troca de informações dentro de um sistema composto por equipe multidisciplinar podem contribuir para o impacto no nível coletivo e para a promoção do



uso seguro e racional de medicamentos (BRASIL, 2010) e para a educação permanente em saúde.

### 3. MATERIAIS E MÉTODOS

#### 3.1 Casuística

A amostra estudada foi composta por 50 pacientes portadores do HIV, em tratamento com antirretrovirais há seis meses ou mais, agendados em um dos três dias da semana, quando ocorria o atendimento pela equipe multiprofissional do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Área de Concentração Crônico-Degenerativo, da Universidade Federal de Santa Maria no período de julho a novembro de 2014.

Foram excluídos do estudo indivíduos menores de 18 anos portadores do HIV/AIDS livres de terapia antirretroviral (TARV) ou com período de TARV inferior a seis meses; gestantes e aqueles com incapacidade cognitiva para compreender o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

A coleta dos dados foi realizada nos ambulatórios de doenças infectocontagiosas do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) Casa Treze de Maio do município de Santa Maria/RS. Inicialmente, conforme agenda médica da infectologia do HUSM e CTA Casa Treze de Maio, foi realizada busca ativa dos sujeitos elegíveis à pesquisa por meio dos prontuários.

Após a consulta médica, os pacientes que contemplaram os critérios de inclusão do estudo foram convidados a passar pelo acolhimento e consulta conjunta com o grupo de residentes multiprofissionais, composto por residente do núcleo da farmácia, fisioterapia e nutrição.

O cálculo amostral foi estimado considerando o atendimento mensal de aproximadamente 240 sujeitos portadores de HIV/AIDS que contemplassem os critérios de inclusão, admitindo um poder de teste de 80%. Assim, considerando que a amostra final seria estratificada em três grupos, foi determinado como um número amostral final adequado 45 a 60 indivíduos.

No momento da análise dos dados os 50 indivíduos foram estratificados em grupo com nível de carga viral inferior a 40 cópias/mL (n=28), com carga viral entre 40 e 400 cópias/mL (n=15) e com carga viral superior a 400 cópias/mL (n=sete). Uma vez que os pacientes se encontravam em acompanhamento ambulatorial, era esperado que o número de indivíduos com baixo controle da carga viral fosse pequeno, pois o objetivo não foi comparar três grupos, mas analisar de forma geral quais os fatores que eram importantes para a adesão ao tratamento em pacientes HIV.

### 3.2 Métodos

A consulta multiprofissional foi individualizada procurando abordar aspectos gerais do tratamento e acompanhamento de pacientes HIV, esclarecendo o processo saúde-doença (ação do vírus no organismo).

A qualidade de vida, os aspectos nutricionais e efeitos colaterais que interferem no bem estar geral foram avaliados pela residente nutricionista e fisioterapeuta. No mesmo atendimento multiprofissional, foi realizada a atenção farmacêutica pela residente farmacêutica, ressaltando a importância da adesão a terapia antirretroviral, esclarecido o significados dos exames laboratoriais realizados, verificado os problemas com os medicamentos, enfatizando a importância da atuação multiprofissional associada à necessidade de acompanhamento periódico com o médico assistente.

Ao final do atendimento foi solicitado ao paciente o seu parecer sobre o atendimento recebido pela equipe.

Como instrumentos para coleta dos dados, que também contribuíram para a avaliação do paciente, foram utilizados os prontuários clínicos onde foram obtidas as informações referentes ao tempo de diagnóstico, tempo de uso de TARV, valor da última contagem de células T-CD4 e carga viral, e esquema de terapia antirretroviral, e genotipagem do HIV quando disponível.

Para subsidiar a atenção farmacêutica, foi utilizado o Questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral (CEAT-VIH, versão em português REMOR, 2007).

O CEAT-VIH é um instrumento de auto-informe com 20 perguntas que em seu conjunto avaliam o grau de adesão ao tratamento antirretroviral. É aplicável a adultos com infecção pelo HIV, sendo uma ferramenta rápida e simples de administrar e fácil para o paciente responder. Além disso, tem caráter multidimensional, pois aborda os principais fatores que podem modular o comprometimento com a adesão ao tratamento, tanto aspectos relacionados aos medicamentos como os comportamentais. A pontuação total é obtida pela soma de todos os itens, quanto maior a pontuação, maior o grau de adesão ao tratamento (REMOR, 2007).

Após a aplicação do questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral (CEAT-VIT, versão em português), foram somadas as pontuações de cada item, obtendo-se um total que representa o grau de adesão, podendo ser, baixa ou insuficiente, boa ou adequada, ou adesão estrita, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1- Escore da pontuação do questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral e grau de adesão.

Escore	Adesão
74	Baixa/Insuficiente
75 e 79	Boa/Adequada
80	Estrita

Fonte: (REMOR,2007).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, CAAE 20005613.3.0000.

## 4 RESULTADOS

Os questionamentos realizados durante o atendimento multiprofissional permitiram verificar vários aspectos importantes para a adesão a TARV. Uma vez que estudos anteriores, com grupo semelhante de pacientes, já exploraram a influência dos efeitos colaterais dos medicamentos, a importância da relação médico/paciente, e o grau de escolaridade para uma boa adesão ao tratamento medicamentoso, o presente estudo focou mais a percepção do paciente sobre o seu tratamento, explorando aspectos importantes abordados durante o acolhimento deste paciente no momento da sua consulta com o clínico responsável.

Uma análise geral do grupo mostrou que as maiorias dos pacientes apresentavam adesão boa/estrita (41/50) correspondendo a 82% dos pacientes, independente do controle da carga viral (Tabela 2).

O maior grupo foi de pacientes apresentando controle da viremia (28/50) correspondendo a 56% com carga viral menor que 40 cópias/mL. Um controle parcial foi encontrado em 15/50 pacientes, que apresentaram carga viral entre 40 e 400 cópias/mL, correspondendo a 30% da amostra. Apenas 7/50 pacientes apresentaram situação virológica mais preocupante, com carga viral superior a 400 cópias/mL, caracterizando falha virológica importante em 14% dos pacientes.

Para facilitar a análise dos dados, os 50 pacientes entrevistados foram classificados de acordo com sua carga viral correspondente, sendo verificada a adesão a TARV nos três grupos (Tabela 2).

Tabela 2 - Grau de adesão dos pacientes estratificados de acordo com a situação virológica dos pacientes em TARV .

GRAU DE ADESÃO A TARV*	NÍVEL DA CARGA VIRAL			Total
	<40cópias/mL n(%)	40-400 cópias/mL n(%)	>400 cópias/mL n(%)	
	Baixa/Insuficiente	1 (3,57)	7 (46,67)	
Boa/Adequada	12 (42,86)	6 (40,0)	5 (71,43)	23
Estrita	15 (53,57)	2 (13,33)	1 (14,28)	18

\*TARV: terapia antirretroviral; < : menor que ; > : maior que

Fonte: A autora.

Uma vez que é esperado que o paciente com adesão boa ou estrita a TARV consiga um controle adequado da viremia, apresentando baixos níveis de vírus circulante (inferior a 40 cópias virais/mL), foi verificado através da busca em prontuário, motivos para a discrepância nos resultados dos seis pacientes que apresentavam mais de 400 cópias virais/mL e tiveram avaliação do grau de adesão boa/estrita.

Entre estes seis pacientes (Tabela 2), dois tinham resultado da genotipagem viral, mostrando resistência ao esquema medicamentoso utilizado. Este esquema foi alterado e o esperado é que a carga viral venha a reduzir. Um dos pacientes apresentava quadro depressivo, e no decorrer dos atendimentos realizados pela equipe multiprofissional, voltou a seguir o tratamento de forma adequada. Os outros três pacientes não apresentaram dados em prontuários que justificasse a discrepância encontrada.

Dentro do questionário para avaliação do grau de adesão ao tratamento antirretroviral (Apêndice C), foram analisadas individualmente as questões 8,9 e 10, que geravam informações sobre os conhecimentos do paciente sobre os medicamentos

antirretrovirais (Tabela 3), o benefício do uso desses medicamentos (Tabela 4) e considerando a percepção do paciente entrevistado, o quanto sua saúde melhorou após o início da terapia antirretroviral (Tabela 5). Estes itens foram escolhidos particularmente para análise por serem aspectos importantes a serem abordados no momento do acolhimento do paciente pela equipe multiprofissional, proporcionando maior envolvimento dos pacientes com seu tratamento e por gerar espaço para a intervenção multiprofissional se necessário.

O grau de informação sobre os medicamentos foi considerado satisfatório (bastante ou muito), por apenas 21/50 pacientes avaliados (42%), independente do controle da viremia. Entre os indivíduos com carga viral detectável (acima de 40 cópias/mL), 27/50 (54%) relataram ter conhecimento no máximo regular sobre a ação e importância do medicamento para o controle da sua doença (tabela 3).

Tabela 3 - Grau de informação sobre os medicamentos antirretrovirais relacionados ao controle da viremia dos pacientes em TARV.

CARGA VIRAL (cópias/mL)	Grau de informação sobre os antirretrovirais				
	Nada n(%)	Pouco n(%)	Regular n(%)	Bastante n(%)	Muito n(%)
Menor que 40	8 (28,57)	6 (21,43)	3 (10,71)	8 (28,57)	3 (10,71)
Entre 40-400	4 (26,67)	4 (26,67)	2 (13,33)	4 (26,67)	1 (6,67)
Maior que 400	0 (0)	1 (14,28)	1 (14,28)	3 (42,86)	2 (28,57)

Fonte: A autora.

Independente do controle da viremia, a maioria dos pacientes mostrou que percebe os benefícios do uso do medicamento e sua relação com a melhora do seu estado geral de saúde (Tabelas 4 e 5).

Tabela 4 - Percepção de pacientes em TARV em relação ao benefício da TARV para a saúde de acordo com os diferentes níveis de viremia

CARGA VIRAL (cópias/mL)	Benefício da terapia antirretroviral para a saúde				
	Nada n(%)	Pouco n(%)	Regular n(%)	Bastante n(%)	Muito n(%)
Menor que 40	0 (0)	0 (0)	1 (3,57)	12 (42,86)	15 (53,57)
Entre 40-400	1 (6,67)	1 (6,67)	0(0)	6 (40,0)	7 (46,67)
Maior 400	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (42,86)	4 (57,14)

Fonte: A autora.

Tabela 5- Percepção dos pacientes em TARV com diferentes níveis de controle da viremia em relação a condição de saúde após início do tratamento.

CARGA VIRAL (cópias/mL)	Evolução positiva do quadro clínico após uso da TARV*				
	Nada n(%)	Pouco n(%)	Regular n(%)	Bastante n(%)	Muito n(%)
Menor que 40	3 (10,71)	1 (3,57)	0 (0)	8 (28,57)	16 (57,14)
Entre 40-400	2 (13,33)	2 (13,33)	1 (6,67)	5 (33,33)	5 (33,33)
Maior que 400	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (57,14)	3 (42,86)

\*TARV : terapia antirretroviral

Fonte: A autora.



## 5 DISCUSSÃO

Após o início da TARV, espera-se que o paciente apresente um nível indetectável de vírus no plasma. Este nível indetectável é caracterizado a partir da sensibilidade dos métodos laboratoriais utilizados. Atualmente, os métodos detectam o vírus quando este se encontra acima de 40 cópias por mL de plasma. A falha na TARV (falha virológica) se caracteriza por carga viral confirmada acima de 400 cópias/ml após 24 semanas ou acima de 50 cópias/ml após 48 semanas de tratamento ou, ainda, para indivíduos que atingiram supressão viral completa, por rebote confirmado de carga viral acima de 400 cópias/ml (GALLANT, 2007).

Entre os pacientes avaliados a maioria não apresentou falha virológica. Esta situação é esperada quando existe uma boa adesão ao tratamento. Contudo, foi detectado um grupo de pacientes onde, apesar da pontuação do questionário aplicado indicar boa adesão, a carga viral mostrou-se elevada (tabela 2). Diferentes fatores podem explicar esta situação. Um dos fatores é a resistência aos ARV, a situação de constante reinício de tratamento, devido a múltiplos abandonos, além de não propiciar o efeito terapêutico desejado, pode contribuir para o desenvolvimento de resistência viral às drogas utilizadas. Esse desenvolvimento de resistência e a subsequente perda da ação das drogas contra o HIV constituem a barreira primária para a eficácia do tratamento a longo prazo. Há que se considerar a habilidade do vírus em produzir mais cópias de si mesmo e, ao fazer isso, gerar mutações espontâneas do genoma viral (BRASIL, 2006).

Outro fator está relacionado a falta de apoio e patologias associadas, como a depressão. O suporte social tem um papel importante ao amenizar consequências negativas de eventos estressantes, enquanto o apoio insuficiente de pessoas do meio sócio familiar ou comunitário parece afetar negativamente a adesão, podendo ainda levar a depressão e a desesperança (SCHIMITZ, 2000). Entre os transtornos psiquiátricos mais comumente observados em indivíduos HIV, a depressão é o mais prevalente, parece estar associada a fatores como estigma da doença, efeitos diretos

do vírus e infecções oportunistas no sistema nervoso central, além do desencadeamento de episódio depressivo em populações vulneráveis como usuários de drogas injetáveis e homossexuais (MALBERGIER, SCHÖFFEL, 2001; CHANDRA, 2005). No momento do atendimento com a equipe multidisciplinar, ao ser percebido esta situação, através de matriciamento, existiu a possibilidade de encaminhamento ao profissional responsável, necessário para acolher a demanda em questão, permitindo assim a atenção integral ao paciente. O Matriciamento através do suporte realizado por profissionais de áreas especializadas amplia o campo de atuação e qualifica as ações da equipe interdisciplinar (SILVA LIMA, 2010).

Outro aspecto que deve ser levado em consideração nos pacientes com carga viral detectável e uma adesão considerada boa/adequada ou estrita foi o método empregado, pois apesar do Questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral (CEAT-VIH) ser considerado útil, confiável e válido para a avaliação do grau de adesão a TARV em pacientes com infecção pelo HIV (REMOR, 2007), não há um método considerado “padrão ouro” para medir aderência, sendo bastante complexo avaliar a adesão a medicamentos, pois nenhum método disponível é totalmente satisfatório (BLATT, 2009). Levando-se em conta que o questionário é respondido através do auto-relato do paciente, pode ocorrer uma super estimativa da adesão, uma vez que dificilmente o paciente assume para o profissional de saúde que não está tomando as medicações por medo de represália (NEMES, 2000).

Um fator relevante também é o fato do questionário para avaliar a adesão ter sido realizado num momento pontual, pois dificuldades ocorrem ao longo do tempo, com momentos de maior ou menor adesão para todos os pacientes, portanto não é uma característica do paciente “ser aderente”, mas sim, uma condição momentânea o “estar aderente” (BRASIL, 2008).

É importante ainda que a não supressão da carga viral possa comprometer o tratamento a longo prazo. Se a TARV for mantida na presença de carga viral detectável (acima de 40 cópias/mL) poderá ocorrer mutação viral, levando a um acúmulo de resistência ao tratamento antirretroviral. Cerca de 60% dos pacientes mantidos nessa condição desenvolvem novas mutações de resistência após 18 meses apresentando carga viral detectável, em um índice calculado como sendo de 1,61 nova mutação

adquirida por ano (NAPRAVNIK, 2005). Após um ano de viremia persistente, há perda de uma opção de droga em cerca de 30% dos pacientes (HATANO, 2006).

Deve-se prestar atenção aos pacientes que se encontram com carga viral intermediária, pois dependendo da conscientização da sua condição pelas intervenções da equipe multiprofissional, podem tanto evoluírem para o controle total quanto para a falha virológica. Embora não tenha sido apresentado como objetivo neste trabalho, pois a avaliação da carga viral foi pontual, no momento da primeira consulta, através do acompanhamento que ocorreu durante as consultas com a equipe multidisciplinar pode ser verificado que grande parte conseguiu suprimir a carga viral.

Por outro lado, existem alguns pacientes que mesmo não seguindo corretamente as orientações dadas pela equipe multiprofissional, apresentam controle da viremia. Estes podem ser os chamados pacientes “controladores de Elite”. Os indivíduos “controladores de elite”, mantêm a viremia em um nível que pode ser indetectável em testes moleculares mesmo na ausência de antirretrovirais. As células T CD8 protetoras estão associadas ao processo de controle da carga viral que ocorre nos “controladores de elite”, aqueles indivíduos que apresentam uma limitação espontânea da replicação do HIV no organismo. Quando o vírus se replica menos, o adoecimento é evitado: apesar de possuir o HIV, a pessoa não desenvolve o conjunto de sintomas que caracterizam a Aids. No complexo processo imunológico envolvido na doença, as células T CD8 atuam com função citotóxica: elas são verdadeiras células assassinas matando as células T CD4 infectadas com o HIV, que atuam como ‘fábricas’ onde o HIV se replica. Muito provavelmente os controladores de elite no homem tenham células T CD8+ com atividade de destruir células infectadas pelo HIV e este seria o mecanismo responsável pelo controle (MUDD, et al, 2012). Isso poderia explicar os oito pacientes que apresentam adesão baixa ou insuficiente à TARV com carga viral indetectável ou baixa, menor que 400 cópias/mL.

Um dos fatores importantes para que o paciente seja aderente ao tratamento é a informação sobre o medicamento. Neste aspecto, o que nos mostra a tabela 3 é que entre os pacientes que apresentavam carga viral indetectável (menor que 40 cópias/mL) a maioria, 60,71% (17/28) consideravam que a informação sobre os medicamentos ARV era abaixo de regular, enquanto apenas 39,28% (11/28), consideravam ter

bastante ou muita informação sobre os medicamentos ARV. Isso mostra o comprometimento com o tratamento mesmo sem o apoderamento do conhecimento sobre suas medicações para o vírus HIV, tornado o indivíduo vulnerável, uma vez que estudos anteriores mostram a importância desse conhecimento. Uma vez que as pessoas não podem tomar os medicamentos corretamente se não sabem como fazê-lo, fornecer informações sobre os medicamentos constitui atividade fundamental para promover a adesão. Entretanto, essa prática não tem sido satisfatória no processo de atendimento ao paciente (CECCATO, 2004). Uma comunicação inadequada entre o paciente e o profissional da saúde sobre os medicamentos e o cumprimento da prescrição, tem sido apontada como um dos principais fatores responsáveis pelo uso em desacordo com a prescrição médica (KESSLER, 1991) e, constitui um dos mais frequentes relatos de dificuldades na relação médico-paciente, durante entrevistas com indivíduos infectados pelo HIV (ACCURCIO, 1999). A literatura enfatiza a importância de fornecer aos pacientes informações por escrito, como meio de reforçar as instruções verbais e assim aumentar a compreensão do regime terapêutico prescrito (ISACSON, 2002).

Entre os pacientes com carga viral detectável (22/50), 45,45%(10/22) apresentaram boa informação enquanto que 54,54%(12/22) relataram que sua informação sobre os ARV eram abaixo de regular. Esses dados revelam o quanto as informações sobre os medicamentos podem ser relevantes para a adesão ao tratamento e devem ser transmitidas de maneira clara e concisa, numa linguagem familiar que facilite a sua compreensão, seja qual for o meio de transmissão utilizado (ALMEIDA, 2010).

No que diz respeito à questão da informação (ou da falta de informação), existem trabalhos mostrando que em torno de 50% das informações dadas pelo médico ao paciente no momento da consulta são imediatamente esquecidas, mas aqueles pacientes cujos médicos estão sempre testando o que eles lembram das principais recomendações dadas são muito mais propensos a reter a informação do que aqueles cujos médicos não tiveram esse cuidado (DAVIS, 2006).

O farmacêutico, por sua vez, pode ajudar a aumentar a adesão aos regimes terapêuticos, fornecendo aos pacientes informações adicionais sobre seus

medicamentos, identificando interações e reações adversas. Todos os envolvidos no cuidado com o paciente devem estar cientes de suas responsabilidades para com o outro e do papel importante que tem a desempenhar (ALMEIDA, 2010).

Estudos mostram que se observa melhora significativa na adesão à TARV e na redução da carga viral em pacientes que recebem atenção individualizada, envolvendo a adaptação da terapia medicamentosa ao estilo de vida do paciente e o provimento de informações detalhadas sobre o medicamento (BARROSO, 2006; ATREJA, 2005; HAYNES, 2000).

Por ser uma doença crônica, o tempo de tratamento pode ser um fator importante na adesão, mas que apresenta variáveis. Enquanto alguns autores afirmam que a não adesão aumenta com o tempo de tratamento e que a adesão inicial não é fator preditor para a adesão de longo prazo outros estudos afirmam o contrário, indicando que pacientes em início de tratamento têm maior chance de má adesão pelo fato de os pacientes tornarem-se mais empenhados em seguir o tratamento a partir do momento que percebem ganhos na sua condição clínica. (LIGNANI JÚNIOR, 2001).

Desta forma, pode ser observado no presente estudo que, independente do pacientes apresentar controle total da viremia, todos mostraram que foi possível perceber o benefício e a evolução clínica após o início do tratamento (tabela 4 e 5).

Torna-se, importante ressaltar a ambiguidade que a sensação iminente de morte pode causar em alguns pacientes, pois esse sentimento pode ser um fator motivador para a adesão ao tratamento medicamentoso. A convicção dos efeitos positivos do tratamento leva os sujeitos a acreditarem que a terapia é a única maneira de vida deles. Essa convicção pode ser decorrência da intensa propaganda sobre os efeitos positivos dos ARV e sobre os grandes investimentos feitos na área de fármacos específicos. O tratamento com ARV veio como uma grande esperança para quem está acometido pelo vírus HIV (TEIXEIRA, 2008).

A melhora do quadro clínico, com diminuição de sintomas e ausência de infecções por doenças oportunistas é um fator preditor para a adesão ao tratamento, pois da mesma forma que a presença de efeitos colaterais se mostra um aspecto desmotivador ou um obstáculo para o seguimento correto do tratamento, a sua

ausência, a sensação de se sentir bem fazendo uso da medicação se mostrou um aspecto que facilita a adesão a TARV (SANTOS, 2011).

Outra perspectiva identificada com frequência é a visualização do sucesso do tratamento como um *feedback* positivo para a adesão, pois ao observar a boa evolução, o paciente acredita que é possível ter uma vida normal e investe nesse sentido. Esse *feedback* se organiza também, em torno de uma nova noção do tempo futuro: o que era uma possibilidade inexistente passa a ser um elemento modificador do presente (FERREIRA, 2011).

Até o ano de 2013, só havia recomendação para o início do tratamento para pacientes com contagem de células LT-CD4 menor que  $350 \text{ cel/mm}^3$ , mas de acordo com o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o manejo da infecção do HIV em adultos do Ministério da Saúde de 2013, deve-se estimular o início imediato da TARV para todas as PVHA, independentemente da contagem de células LT-CD4 na perspectiva de redução da transmissibilidade do HIV, considerando a motivação do paciente. Evidências de benefícios clínicos e de prevenção da transmissão do HIV providas por estudos intervencionistas e observacionais, somadas a disponibilidade de opções terapêuticas progressivamente mais cômodas e bem toleradas, justificam o estabelecimento de novos critérios para o início da TARV, que incluem a recomendação de início mais precoce (BRASIL, 2013).

A partir dessa nova recomendação do Ministério da Saúde, todos os pacientes começaram a ser tratados, independentemente da sua situação clínica ou da presença de sintomas, isso pode explicar o porquê de alguns pacientes não manifestarem a percepção do benefício ou da evolução positiva do tratamento após o início da TARV.

De qualquer maneira, é fundamental a importância dos serviços de saúde na determinação da adesão dos pacientes em início de terapia. A equipe multiprofissional deve envidar esforços de acolhimento e adesão não somente àqueles que apresentam um quadro clínico de maior gravidade, mas também aos pacientes assintomáticos, uma vez que podem apresentar maiores chances de abandonar a terapia logo no início do tratamento, por não apresentarem sintomatologia e começarem a sofrer com os efeitos adversos dos medicamentos ARV (GOMES, 2009).

## 6. CONCLUSÃO

O presente estudo mostrou que apesar da dificuldade inerente ao tratamento existente para as doenças crônicas, os pacientes, quando bem orientados mostram motivação para seu tratamento, como demonstrados pelo índice de boa adesão encontrado.

Contudo, nem sempre esta boa adesão declarada corresponde ao controle da carga viral detectada, sendo por isto importante a ação de uma equipe multiprofissional que detectará os fatores importantes, como o empoderamento do pacientes sobre a sua condição clínica e conhecimento sobre a ação do medicamento no seu organismo, promovendo o protagonismo dos sujeitos.

O atendimento multiprofissional permitiu verificar que a percepção do paciente quanto a importância do tratamento é consciente, ou seja, a melhora visível do quadro clínico do paciente, com a ausência de sintomas mostrando os benefícios da terapia antirretroviral é um fator de adesão ao tratamento medicamentoso promovendo melhora na qualidade de vida e esperanças quanto ao viver com HIV/AIDS.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACURCIO, F.A.; GUIMARÃES, M.D.C. Utilização de medicamentos por indivíduos HIV positivos: abordagem qualitativa. *Rev. Saúde Pública*,v.33, p. 73-84, 1999.

ALMEIDA, R.F.C.; VIEIRA, A.P.G.F. Influência da informação oral e escrita no conhecimento de usuários com HIV/AIDS. *RBPS*, Fortaleza, v. 23, n.3, p. 251-259, jul./set., 2010.

AMMASSARI, A.; ANTINORI, A.; COZZI-LEPRI, A.; TROTTA, M.P.; NASTI, G.; RIDOLFO, A. *et al.* Relationship between HAART adherence and adipose tissue alterations. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, v.31, n. 3, p.140-144. 2002.

ATRJA, A.; BELLAM, N.; LEVY, S.R. Strategies to Enhance Patient Adherence: Making it Simple. *Med. Gen. Med.*,v. 7, n. 1, p.4, 2005.

BAER, M.; ROBERTS, J. Complex HIV treatment regimens and patient quality of life. *CanPsychol* , v. 43, p.115-21, 2002.

BARROSO, L.; PEREIRA, K.; ALMEIDA, P.; GALVÃO, M. Adesão ao tratamento com anti-retrovirais entre pacientes com aids. *Braz. J. Nurs.*, v. 5, Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/290>>. Acesso em:15 jan. 2014.

BLATT, C.; CITADINBLATT, C.R.; CITADIN, C.B.; SOUZA, F.G.; MELLO, R.S.; GALATO, D. Avaliação da adesão aos antirretrovirais em um município do sul do Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v.42, n.2, p.131-136, mar./abr. 2009.

BONET,O.; TAVARES,F.R.G. O usuário como mediador. Em busca de uma perspectiva “ecológica” sobre os condicionantes sociais da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Cuidar do Cuidado:responsabilidade com a integralidade das ações de saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008, p. 191-212.



BONOLO, P.F.; GOMES, R.R.F.M.; GUIMARÃES, M.D.C. Adherence to Antiretroviral Therapy (HIV/Aids): Factors Associated and Adherence Strategies. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, vol.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] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 nov. 1996. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9313.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9313.htm)>. Acesso em: 15 dez. 2014.

BRASIL. Lei Nº 9.313 de 13 de Novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 de novembro de 1996. Disponível em <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/L9313.htm>>. Acesso em: 2014..

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo pela infecção do HIV em adultos**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Manual técnico para o diagnóstico para a infecção do HIV**. Brasília, dez., 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Guia de tratamento: recomendações para terapia antiretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV**. Brasília; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução 338/2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/404.html>>. Acesso em 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **PNH- Política Nacional de Humanização, Humaniza SUS**. Brasília/DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde - Coordenação Nacional de DST e Aids. **Terapia anti-retroviral e saúde pública: um balanço da experiência brasileira**. Brasília, 1999. 32 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Aconselhamento em DST e HIV/AIDS: diretrizes e procedimentos básicos.** Brasília, 1998. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aconselhamento\\_dst\\_AIDS.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aconselhamento_dst_AIDS.pdf)> Acesso em: 12 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e hepatites virais. **Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/AIDS.** Brasília-DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e aids. **Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e AIDS.** Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Adesão ao Tratamento para Pessoas Vivendo com HIV e aids.** Brasília, 2008. 130 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Manuais; n. 84)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para terapia Antirretroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV.** Brasília, DF, 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. **Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS.** Disponível em: <[http://www.AIDS.gov.br/tipo\\_endereco/servico-de-assistencia-especializada-em-hivAIDS](http://www.AIDS.gov.br/tipo_endereco/servico-de-assistencia-especializada-em-hivAIDS)>. Acesso em: 10 nov. 2012.

BRASIL. Secretarias de Políticas de Saúde. Informes Técnicos Institucionais. TechnicalInstitutionalReports, Política Nacional de Medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n.2, p.206-9, 2000.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 34, n. 2, p.207-2017, abr. 2001.

CALDERON, J. ET AL, Exame de carga viral. Fórum Global sobre SMS e HIV. **Rev. Senso**, 2011. Disponível em <http://www.msmsgf.org/html/sense/issue2/pt/viral-load-testing-pt.html#continues>. Acesso em 2015.

CARACIOLO, J. M.M; SHIMMA, E., **Adesão da teoria à prática: experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo**. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/Aids, 2007.289 p. (Série: Prevenção às DST/AIDS)

CARLOS, I. C.C. O sistema integral de assistência farmacêutica no Ceará. In: BONFIM, J.; MERCUCI, V.A **construção da política de medicamentos**.São Paulo: Hucitec/Sobravime, 1997. 107 p.

CARVALHO, P. P.; ROSS, J.R.; COSTA, J. F.; LAGO, E. C. Percepções do portador de HIV/AIDS sobre sua assistência em um serviço especializado em Caxias- MA. **Revista Interdisciplinar**. v.7, n.2, p. 79-84, abr./mai./ jun. 2014.

CASTILHO, E.; PALEPU, A.; BEARDSSELL, A.; AKAGI, L.; YIP, B.; MONTANER, J.S.G. et al. Outpatient pharmacy care and HIV viral load response among patients on HAART. **AIDS Care**, v. 16, p. 446-57, 2004.

CECATTO, M.G.B.; ACURCIO, F.A.; BONOLO, P.F.; ROCHA, G.M.; GUIMARÃES, M.D.C. Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p.1388-1397, set./out. 2004.

CHANDRA, P.S.; DESAI, G.; RANJAN, S. HIV & psychiatric disorders. **Indian J. Med. Res.**, v.121, p. 451-467, 2005.

CIPOLLE, R.; STRAND, L.M.; MORLEY, P. **El ejercicio de la atención farmacéutica**.Madrid: McGraw Hill –Interamericana, 2000. 368 p.

COHEN, M.S.; CHEN, Y.Q.; MCCAULEY, M.; *et al.* Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. **The New England Journal of Medicine**, v.3653, n.6, p. 493-505, Aug. 2011.

COMMONWEALTH PHARMACEUTICAL ASSOCIATION. The role of the pharmacist in the prevention and management of HIV/AIDS. **Pharm. J.**, v.271, p.783-4, 2003.

CONSENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA - PROPOSTA. **Atenção Farmacêutica no Brasil: “Trilhando Caminhos”**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 24 p.

DAVIS, T.C.; WOLF, M.S.; BASS, III P.F.; MIDDLEBROKSS, M.; KENNEN,E.; BAKER, D.W.; BENNETT, C.L, et al. Low literacy impairs comprehension of prescription drug warning labels. *J.Gen. Intern.Med.*, v.21, p.847-851, 2006.

Disponível em: <<http://www.lee.dante.br/pesquisa/amostragem/amostra.html>>. Acesso em: 15 out. 2013.

FAGUNDES, S. In: ORTIZ, J.; BORDIGNON, M. O.; GRALHA, R. S.; FAGUNDES, S., CORADINI, S. R. Acolhimento em Porto Alegre:um SUS de todos para todos. Porto Alegre. **Apresentação**. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2004.

FERRACINI, F. T.; ALMEIDA, S.M.; FILHO, W. M.B. **Manuais de Especialização-Farmácia Clínica**. Ed. Manole. 2014.

FERREIRA, D. C.; FAVORETO, C. A. A análise da narrativa dos pacientes com HIV na construção da adesão terapêutica. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 917-936, 2011.

FIGUEIREDO, R.M.; LOPES,; M.H.B.M.; COLOMBRINI, M.R.C. Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 576-81, 2006.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.345-353, abr./jun. 1999.

GALLANT, J.E. Approach to the treatment-experienced patient. *Infectious Disease Clinics of North America*, v.21, n.1, p. 85-102, Mar. 2007.

GEOCZE,L. Qualidade de vida e adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes portadores de HIV. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 743-749, ago. 2010.

GOMES, C. A.P.G.; FONSECA, A.; MACHADO, M.; ROSA, M.; FASSY, M.; SILVA, R. **A Assistência Farmacêutica na Atenção à Saúde**. Belo Horizonte: FUNED, 2010. 144 p.

GOMES, R. R. F. M.; MACHADO, C. J.; ACURCIO, F. A. Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicador da não- adesão à terapia antirretroviral em

indivíduos infectados pelo HIV. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.5, n.3, p. 495-506, mar. 2009.

GROSS, R.; YIP, B.; LO RE 3rd V.; WOOD, E.; ALEXANDER, C.S.; HARRIGAN, P.R. *et al.* A simple, dynamic measure of antiretroviral therapy adherence predicts failure to maintain HIV-1 suppression. *The Journal of Infectious Diseases*; v. 194, p.1108-1114, 2006.

HARDY H. Adherence to antiretroviral therapy: the emerging role of HIV pharmacotherapy specialists. *J. Pharm.Pract.* , v.18p. 247-57, 2005.

HATANO, H.; HUNT, P.; WEIDLER, J.; COAKLEY, E.; HOH, R.; LIEGLER, T.; MARTIN, J.J.; DEEKS, S. Rate of viral evolution and risk of losing future drug options in heavily pretreated, HIV-infected patients who continue to receive a stable, partially suppressive treatment regimen. *Clinical Infectious Diseases*. v. 43, n. 10, p. 1329-1336, 2006.

HAYNES, R.B.; McDONALD, H.; GARG, A.X.; MONTAGUE, P. Interventions for helping patients to follow prescriptions. *Cochrane DatabaseSyst. Rev.* , v.2, n.11, 2000.

ILIAS, M.; CARANDINA, L.; MARIN, M. J. S. Adesão à terapia antirretroviral de portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana em um ambulatório da cidade de Marília, São Paulo. *Revista baiana de saúde pública*, v.35, n.2, p.471-484 abr./jun. 2011.

ISACSON, D. BINGEFORS, K. Attitudes towards drugs – a survey in the general populations. *Pharm World Sci.*, v.24, p.104-110, 2002.

KESSLER, D.A. Communicating with patients about their medications. *N.Engl. J. Med.*, v. 325, p.1650-1652,1991

Laboratório de Epidemiologia e Estatística. **Tamanho da amostra para pesquisa em ciências da saúde.**

MALBERGIER, A.; SCHÖEFFEL, A.C. Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v. 23p. 160-167, 2001.

MATTOS, R.A. Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In: MATTA, G.C.; LIMA,

J.C.F. (Org.). *Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde*. contradições e desafios em 20 anos de SUS . Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 313-354.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Campos CR, organizador. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Editora Xamã; 1998. p.103-20.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência farmacêutica. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> .Acesso em: 2015.

MONTAGNER, J.S. Treatment as prevention: toward an AIDS-free generation. *Top Antivir Med.*, v. 21, n. 3, p. 110-114, Jul. 2013.

MUDD,P.A. et al. **Vaccine-induced CD8+ cells control AIDS virus replication**. *Rev. Nature*, 1 november 2012, vol 491, disponível em [.http://www.nature.com/nature/journal/v491/n7422/full/nature11443.html](http://www.nature.com/nature/journal/v491/n7422/full/nature11443.html)

NAPRAVNIK, S.; EDWARDS, D.; STEWART, P.; STALZER, B.; MATTESON, E.; ERON, J.J. HIV-1 drug resistance evolution among patients on potent combination antiretroviral therapy with detectable viremia. *JournalofAcquiredImmuneDeficiencySyndromes*, v. 40 n. 1, p. 34-40, 2005.

NEMES, M. I. B.; SOUZA, M. F. M.; KALICHMAN, A. O.; GRANGEIRO, A.; SOUZA, R. A.; LOPES, J. F. **Avaliação da aderência ao tratamento por anti-retrovirais em usuários de ambulatórios do sistema público de assistência à Aids no Estado de São Paulo**. São Paulo: Ministério da Saúde, Brasília, 2000.

OMS. Organização Mundial da Saúde/ United NationsChildren's Fund. **Cuidados Primários de Saúde Alma. Ata**.URSS, 6-12 set. 1978.

OMS. Organización Mundial de laSalud. El papel del farmacêutico enel sistema de atención de salud. **Informe de um grupo de consulta de la OMS**. Nueva Delhi: OMS, 1988.

PADOIN, S. M. M.; MACHIESQUI, S. R.; PAULA, C. C.; TRONCO, C. S.; MARCHI, M. C. Cotidianoterapêutico de adultos portadores de síndrome de imunodeficiência adquirida. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 18, n.3, p. 389-393, 2010.

PADOIN, S.M.M.; PAULA, S.S.; PRIMEIRA, M.R.; SANTOS, E.E.P.; TOLENTINO, L.C. Fatores associados à não adesão ao tratamento antirretroviral em adultos acima de 50 anos que tem HIV/AIDS. *DST Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, v.23, n.4, p. 194-197, 2011. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br/revista23-4-2011/9.Fatores%20associados%20a%20nao%20adesao%20ao%20tratamento.pdf>> Acesso em: 2015.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. (Tese de Doutorado). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 1998.

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, out./dez. 2008.

PERETTA, M.D.; CICCIA, G.N. **Reingeniería de la Práctica Farmacéutica**. Buenos Aires: Editora Médica Panamericana, 1998. 226 p.

POLEJACK, L.; SEIDL, E.M.F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/AIDS: desafios e possibilidades. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, p. 1201-1208, jun. 2010.

PORTELA, M. C. ; LOTROWSKA M. Assistência aos pacientes com HIV/Aids no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, p. 70-79, abr. 2006.

REMOR, E. ; MOSKOVICS, J. M.; PREUSSLER, G. Adaptação brasileira do "Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral". *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 41, n. 5, p. 685-694, out. 2007.

SANTOS, W.J.; DRUMOND, E.F.; GOMES, A.S.; CORRÊA, C.M.; FREITAS, M.I.F. Barreiras e aspectos facilitadores da adesão à terapia antirretroviral em Belo Horizonte-MG. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v.64, n.6, p. 1028-1037, nov./dez., 2011.

SCHAURICH, D.; COELHO, D.F.; MOTTA, M.G.C. A Cronicidade no Processo Saúde-Doença: repensando a epidemia da Aids após os anti-retrovirais. **Rev.Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 46, n.3, p. 455-462, 2006.

SEGUY, N.; DIAZ, T.; PEREIRA-CAMPOS, D.; VELOSO, V.G.; GRINSZTEJIN, B.; TEIXEIRA, L. *et al.* Evaluation of the consistency of refills for antiretroviral medications in two hospitals in the state of Rio de Janeiro, Brazil. **AIDS Care**, v.19, p.617-25, 2007.

SEIDL, E.M.F.; MELCHÍADES, A.; FARIAS, V.; BRITO, A. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.10, p. 2305-2316, out. 2007.

SHAFFER, R.W.; KANTOR, R.; GONZALES, M.J. The genetic basis of HIV-1 resistance to reverse transcriptase reverse and protease inhibitors. **Adis rev.**, v. 2, p. 211-28, 2000.

SILVA, C.G.S. Serviço de Assistência Especializada (SAE): uma experiência profissional. **Psicol. Cienc. prof.**, vol.27, n.1, p. 156-163, 2007.

SILVA LIMA A.; ROBERTO, A.P.; BARFKNECHT, C.; KATIA, S.; VARGAS, L. F.; KRANEN, M.; NOVELLI, S. Matriciamento na Atenção Básica: Apontamentos para a III Conferência Municipal de Saúde Mental. Ano: 2010. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/psicologia/artigos/49963/compreendendo-o-que-e-matriciamento#!4> Acesso em: 11 de FEV. de 2015

SOUZA, B. M. B.; VASCONCELOS, C. C.; TENÓRIO, D. M.; LUCENA, M. G. A.; HOLANDA, R. L.T. A política de AIDS no Brasil: uma abordagem histórica. **J.Manag. Prim. Health Care**, v.1, n.1, p. 23-26, 2010.

TEIXEIRA, M.G.; SILVA, G.A. A representação do portador do vírus da imunodeficiência humana sobre o tratamento com os anti-retrovirais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.42, n.4, p. 729-736, 2008.

WILSON, D. P.; LAW, M. G.; GRULICH, A. E.; COOPER, D. A.; KALDOR, J. M. Relation between HIV viral load and infectiousness: a model-based analysis. **Lancet**, v.372, n. 9635, p. 314–320, Jul. 2008.



WILSON, J.W. Update on antiretroviral drug resistance testing: combining laboratory technology with patient care. **The aids reader**, v.13, p.25-38, 2003.

**APÊNDICES**

## ApêndiceA - Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

#### DESAFIOS ENFRENTADOS NA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL

**Pesquisador responsável:** Prof<sup>ª</sup>Dr<sup>ª</sup> Sandra Trevisan Beck

**Residentes multiprofissionais:** Danieli Bandeira, Gilvane Souza dos Santos, Natália RaguzzoniCancian.

**Telefone para contato:** 55 30209544

**e-mail para contato:** becks@bol.com.br

**Local da coleta dos dados:** Hospital Universitário de Santa Maria e CTA - Casa 13 de maio.

Prezado (a) Sr (a)

Você está sendo convidado a participar, como voluntário na realização de um trabalho de conclusão de curso de pós-graduação em Residência Multiprofissional. Este trabalho tem por **objetivo** esclarecer dúvidas e mostrar a você a importância do uso correto dos medicamentos para que o tratamento dê certo, mostrar a importância de você ter uma alimentação correta e ter cuidados especiais com a sua saúde em geral. Também os resultados dos seus exames serão revisados, procurando melhorar sempre qualquer mal estar que os medicamentos possam estar causando.

**Procedimentos:** Esta pesquisa consiste de três questionários onde você vai responder a perguntas gerais, perguntas sobre como usa os medicamentos para o vírus HIV, perguntas sobre sua alimentação e perguntas sobre as suas possíveis dificuldades de realizar o tratamento, e uma entrevista, que será gravada. Caso você não queira que seja utilizado gravador, sua solicitação será atendida.

Esta pesquisa terá caráter gratuito e espontâneo, não havendo nenhum custo ou compensação financeira pela sua participação.

**Riscos:** a pesquisa não apresenta risco diretos para você, contudo, você pode sentir desconforto ou cansaço ao responder aos questionários, e mobilização de emoções que podem fazer você sentir alguma angústia. Se necessário você será encaminhado ao serviço de apoio psicológico.

Você está livre para aceitar, recusar ou não fazer mais parte da pesquisa em qualquer momento do estudo, sem que isto venha a prejudicar o atendimento recebido durante seu tratamento .

**Benefícios:** Como retorno, você terá atenção farmacêutica, atenção de enfermagem e orientações nutricionais para melhorar a qualidade da sua alimentação.

Como benefício indireto, esta pesquisa trará maior conhecimento sobre problemas que as pessoas em tratamento com antirretrovirais enfrentam para continuar tomando corretamente a medicação. Você não receberá benefício financeiro por participar da pesquisa.

**Sigilo:** Não haverá nomes nem outra identificação dos pacientes em nenhum relatório ou publicação do estudo. Toda a informação clínica adquirida durante este estudo será tratada como confidencial e será apenas dada a conhecer aos investigadores. Só os dados anônimos serão usados para possível exposição em publicações científicas.

**Destino dos dados coletados:** Após o término da pesquisa, os dados serão armazenados com extrema privacidade e confidencialidade dos sujeitos envolvidos no Departamento de Análises Clínicas, sob responsabilidade da pesquisadora responsável, por dois anos. Após este período, serão destruídos.

Quando você assinar na linha abaixo, isto significa que concorda em participar da pesquisa descrita acima. É preciso que a sua assinatura seja obtida antes da realização de qualquer procedimento do estudo.

## Apêndice A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido (continuação).

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_ declaro que concordo em participar da pesquisa, tendo sido devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre os procedimentos nela envolvidos e benefícios da minha participação, e liberdade de não participação ou desistência em qualquer momento da pesquisa, sem prejuízo para mim.

Os objetivos do estudo foram explicados de forma adequada, tive ampla oportunidade para fazer perguntas que foram respondidas satisfatoriamente.

Afirmo ainda que, de livre e espontânea vontade, permito que os dados e informações a meu respeito sejam utilizados da forma como estabelecida entre eu e o pesquisador.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo. O presente documento está em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Será assinado em duas vias, de teor igual, ficando uma em poder do participante da pesquisa e outra em poder do pesquisador.

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

Assinatura do entrevistado: \_\_\_\_\_

Caso permaneçam dúvidas, você pode entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Federal de Santa Maria**, RS. Fone: 55-3220 9362, ou com a **pesquisadora** Sandra Trevisan Beck pelo fone: 32208464, ou com a **pós-graduanda** Natália RaguzzoniCancian pelo fone: 32209544.

ApêndiceB- Termo de Confidencialidade.

### TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

**Título do projeto: DESAFIOS ENFRENTADOS NA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL**

**Pesquisador responsável:** Prof<sup>ª</sup>Dr<sup>a</sup> Sandra Trevisan Beck

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Análise Clínicas e Toxicológicas

**Telefone para contato:** 553220 8464

**Local da coleta de dados:** Hospital Universitário de Santa Maria e CTA – Casa 13 de maio.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados durante aplicação de questionário durante o acompanhamento multiprofissional e prontuários. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no Departamento de Análises Clínicas e Toxicológicas, na sala 1205, por um período de dois anos sob a responsabilidade da Prof<sup>ª</sup>Dr<sup>a</sup> Sandra Trevisan Beck. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em ...../...../....., com o número do CAAE .....

Santa Maria,.....de .....de 2013.

---

Prof<sup>ª</sup>Dr<sup>a</sup> Sandra Trevisan Beck

## ApêndiceC- Questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antiretroviral.

Questionario para a Avaliação da Adesão ao Tratamento Antiretroviral (LEAI-VIH, versão em português (Brasil))

Durante a última semana

1. Deixou de tomar sua medicação alguma vez?
2. Se alguma vez sentiu-se melhor, deixou de tomar sua medicação?
3. Se alguma vez depois de tomar sua medicação sentiu-se pior, deixou de tomá-la?
4. Se alguma vez se sentiu triste ou deprimido, deixou de tomar sua medicação?

Sempre	Mais da metade das vezes	Aproximadamente a metade das vezes	Alguma vez	Nenhuma vez

5. Lembra-se que remédios está tomando nesse momento? \_\_\_\_\_ (escrever os nomes)

6. Como é a relação que mantém com o seu médico?

Ruim	Um pouco ruim	Regular	Pode melhorar	Boa

7. Quanto você se esforça para seguir com o tratamento?
8. Quanta informação você tem sobre os medicamentos que toma para o HIV?
9. Quanto benefício pode lhe trazer o uso destes medicamentos?
10. Considera que sua saúde melhorou desde que começou a tomar os medicamentos para o HIV?
11. Até que ponto sente-se capaz de seguir com o tratamento?

Nada	Pouco	Regular	Bastante	Muito

12. Normalmente está acostumado a tomar a medicação na hora certa?
13. Quando os resultados dos exames são bons, seu médico costuma utilizá-los para lhe dar ânimo e motivação para seguir com o tratamento?

Não, nunca	Sim, alguma vez	Sim, aproximadamente a metade das vezes	Sim, muitas vezes	Sim, sempre

14. Como sente-se em geral com o tratamento desde que começou a tomar seus remédios?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito

15. Como avalia a intensidade dos efeitos colaterais relacionados com o uso dos medicamentos para o HIV?

Muito intensos	Intensos	Medianamente intensos	Pouco intensos	Nada intensos

16. Quanto tempo acredita que perde ocupando-se em tomar seus remédios?

Muito tempo	Bastante tempo	Regular	Pouco tempo	Nada de tempo

17. Que avaliação tem de si mesmo com relação a toma dos remédios para o HIV?

Nada cumpridor	Pouco cumpridor	Regular	Bastante	Muito cumpridor