



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA

HENRY PABLO LOPES CAMPOS E REIS

**ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM HIV SOB TERAPIA
ANTIRRETROVIRAL: ADEQUAÇÃO, APLICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE
INDICADORES CLÍNICO-LABORATORIAIS, FARMACOTERAPÊUTICOS E
HUMANÍSTICOS NA ATENÇÃO FARMACÊUTICA**

FORTALEZA

2014

HENRY PABLO LOPES CAMPOS E REIS

**ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM HIV SOB TERAPIA ANTIRRETROVIRAL:
ADEQUAÇÃO, APLICAÇÃO E ANÁLISE DE INDICADORES CLÍNICO-
LABORATORIAIS, FARMACOTERAPÊUTICOS E HUMANÍSTICOS NA ATENÇÃO
FARMACÊUTICA**

Tese submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, área de concentração em Farmácia Clínica e Vigilância Sanitária, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor.

Orientadora:

Prof.^a Dr.^a Marta Maria de França Fonteles.

FORTALEZA

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- R298a Reis, Henry Pablo Lopes Campos e.
 Acompanhamento de pessoas com HIV sob terapia antirretroviral : adequação, aplicação e avaliação de indicadores clínico-laboratoriais, farmacoterapêuticos e humanísticos na atenção farmacêutica / Henry Pablo Lopes Campos e Reis. – 2014.
 395 f. : il.
- Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Departamento de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Doutorado em Ciências Farmacêuticas, Fortaleza, 2014.
 Área de Concentração: Farmácia Clínica e Vigilância Sanitária.
 Orientação: Profa. Dra. Marta Maria de França Fonteles.
1. HIV. 2. Indicadores. 3. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. 4. Atenção farmacêutica. I. Título.

CDD 616.9792

HENRY PABLO LOPES CAMPOS E REIS

**ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM HIV SOB TERAPIA
ANTIRRETROVIRAL: ADEQUAÇÃO, APLICAÇÃO E ANÁLISE DE INDICADORES
CLÍNICO-LABORATORIAIS, FARMACOTERAPÊUTICOS E HUMANÍSTICOS NA
ATENÇÃO FARMACÊUTICA**

Tese submetida à Coordenação do Programa de Pós-
Graduação em Ciências Farmacêuticas, como requisito
parcial para a obtenção do título de Doutor.

Aprovada em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Marta Maria de França Fonteles (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Paulo Sérgio Dourado Arrais
Universidade Federal do Ceará

Prof.^a Dr.^a Mirian Parente Monteiro
Universidade Federal do Ceará

Prof.^a Dr.^a Angelina M. Medeiros
Universidade de Fortaleza

Prof.^a Dr.^a Mônica Façanha
Universidade Federal do Ceará

Fortaleza
2014

MENSAGEM

“Não é o desafio com que nos deparamos que determina quem somos e o que estamos nos tornando, mas a maneira com que respondemos ao desafio. Somos combatentes, idealistas, mas plenamente conscientes, porque ter consciência não nos obriga a ter teoria sobre as coisas: só nos obriga a sermos conscientes. Problemas para vencer, liberdade para provar. E, enquanto acreditamos no nosso sonho, nada é por acaso”.

Henfil

(Hemofílico, morreu vítima de AIDS, em 1988, depois de contrair o vírus HIV em uma transfusão de sangue)

AGRADECIMENTOS

“Se eu fosse tão inteligente, a ponto de falar a língua dos homens e até mesmo a língua dos anjos, mas não soubesse amar a Deus e ao próximo, eu seria como o ruído de um gongo, ou o som de um sino.

Se eu tivesse o dom de falar como um profeta, e conseguisse entender todos os mistérios e eu fosse um cientista capaz de conhecer a ciência, mas não amasse a Deus e ao próximo, eu nada valeria.

Se eu fosse uma pessoa de tanta fé, a ponto de conseguir remover montanhas, mas não amasse a Deus e não amasse os outros, eu não seria nada. Se eu distribuísse aos pobres todos os meus bens e até entregasse meu corpo para ser queimado, mas não fizesse tudo isso por amor a Deus e ao próximo, todo esse sacrifício de nada me aproveitaria.”

Coríntios, 13, 1-8.

A Deus, criador de todas as coisas, que me deu o dom da vida, que nunca me deixou nos momentos difíceis e me ajudou a lutar e chegar até aqui! Por todas as bênçãos que me deu nesta árdua, difícil, mas desafiadora, e inesquecível missão.

Aos meus queridos pais, João Henrique e Solange Lopes, pela sólida formação moral e humana que me deu suporte para enfrentar os desafios da vida. Um simples obrigado torna-se inefável diante do meu enorme sentimento de amor e gratidão a vocês.

Ao meu grande e verdadeiro amor Jamilla Gondim, esposa e companheira de todas as horas; meu refúgio nos momentos de maiores turbulências deste árduo caminhar de doutoramento; minha alavanca quando pensava que o abismo que vislumbrava me deparar diante de tantas pedras nessa trilha; meu fogo que precisei para inflamar a chama motivacional e, assim, desbravar as madrugadas sem dormir, buscar responder às perguntas que vinham sem respostas; entender os números que não se tabulavam, não deixar que as injustiças me abaterem e juntar as complexas peças desse instigante quebra-cabeças que fui desafiado a tentar construir no mosaico da vida. Tenho a certeza que foi por você e para você que hoje escrevo as mal traçadas linhas de mais um capítulo da nossa história de vida. Milla, você existe em mim!
Para sempre, AMOR!

Aos meus amados irmãos, Elisa Alice e meu cunhado Alysson, Áurea Lúcia, Sarah Leane e Carlos Henrique com minha cunhada Laiana: vocês são minha motivação. As alegrias de hoje também são de vocês, pois o amor, o estímulo, a compreensão e o carinho foram fundamentais e imprescindíveis para que eu pudesse vencer mais essa etapa de minha vida.

Às adoráveis sobrinhas, Ana Beatriz e Manuela (afilhada que amo), que vieram dar-me mais luz e felicidade.

Às inestimáveis tias, Amália, Auristela, Aurora, Alice, Rita e Conceição Lopes. Mesmo distantes fisicamente, na maioria das vezes, senti as suas presenças, minhas amadas, nos momentos de desânimo e fraqueza, a torcida de vocês fez-me dizer: VENCIMOS!

Aos professores e colaboradores do Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas da UFC que com muita determinação e competência implantaram esse doutorado e, cada vez mais, aperfeiçoam-me na arte de ser farmacêutico. Um muito obrigado especial à amiga sempre doce e competente Raimundinha, por sua disponibilidade em me ajudar e por conduzir maestralmente o nosso Curso. Sem você, Rai, tudo seria mais difícil. Meu eterno agradecimento!

À Prof.^a Dr.^a Marta Fonteles, pela grande confiança dispensada a mim na consecução desse desafio há mais de uma década de parceria técnica, iniciada desde a Monitoria da Disciplina de Farmácia Hospitalar, passando pelas Pós-graduações, Mestrado, no Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica e, enfim, no Doutorado.

Às amigas farmacêuticas Ana Cláudia, Eudiana Vale, e Catarine Vitor, bem como ao time de Gestores da Unimed e da ASSFAR, que sempre tão cúmplices dos meus desafios e certos do sucesso desse projeto, fizeram crer que os meus sonhos não estavam tão distantes e que eu seria capaz de realizá-los, mesmo diante das barreiras que me deparei e, em especial, na reta final dessa jornada. Vocês foram mais do que amigos: foram irmãos que o Pai me enviou.

À equipe multidisciplinar de atenção às pessoas vivendo com HIV/AIDS do CEMJA, em especial às farmacêuticas Ana Maria Guedes, Cristiane Policarpo, Ana Valéria e Karla Magalhães, pela atuação no cuidado farmacêutico em serviço, pela troca de conhecimentos e aprendizado vivenciado.

Aos professores e estagiários do CEATENF, em especial à Maraíza, Adriano, Lívia, Juliana, Virna, Darlan, Diego e Taynara, pela imensurável colaboração na consecução deste trabalho.

Às Prof.^a Dr.^{as}. Ana Maria e Jaqueline, bem como à técnica administrativa Mariluse do Laboratório de Estatística e Matemática Aplicada da UFC, não só pela análise estatística dos dados, mas também por tanta paciência diante da complexidade na lapidação do banco e do desafio de conseguir extrair os resultados propostos.

Às pessoas vivendo com HIV/AIDS do CEMJA, motivo maior do compromisso social e profissional da atenção farmacêutica prestada neste estudo.

“Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor, mas lutamos para que o melhor fosse feito... Não somos o que deveríamos ser, nem somos o que iremos ser, mas, graças a Deus, não somos o que éramos”.

(Martin Luther King)

RESUMO

O farmacêutico pode contribuir na otimização do plano farmacoterapêutico, favorecendo o cumprimento do uso dos antirretrovirais e na educação em saúde, através do acompanhamento farmacoterapêutico (AFT) das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHIV/AIDS). O presente estudo objetivou analisar o desenvolvimento do AFT das PVHIV/AIDS, a partir da adequação, aplicação e avaliação de indicadores clínico-laboratoriais, farmacoterapêuticos e humanísticos, na atenção farmacêutica. Para tanto, foi feito o AFT durante nove meses de 100 PVHIV/AIDS, em uma unidade ambulatorial em Fortaleza-Ce, captados por demanda espontânea de novembro de 2008 a janeiro de 2012, através do Método Dáder. A adesão foi aferida pelo autorrelato e registro de dispensação de medicamentos, já a satisfação e a qualidade de vida dos indivíduos acompanhados analisadas pelos instrumentos de Larson et al. modificado por Lyra Jr, e SF-36, respectivamente. Foram realizadas adaptações metodológicas e estruturação de instrumentos de documentação farmacêutica, dentre estes, destaca-se a Ficha de Acompanhamento Farmacoterapêutico que contemplou sete blocos, bem como o Folder de Orientação Farmacêutica, o Guia de Interações Medicamentosas com Antirretrovirais, dentre outros. O delineamento do perfil sociodemográfico demonstrou que a maioria eram homens, adultos jovens, com idade média em torno de 35 anos, baixo grau de escolaridade, com renda mensal de um a menos que dois salários mínimos. Dos 100 entrevistados, 41% indicaram uso de álcool e 10% de drogas ilícitas. Quanto aos indicadores farmacoterapêuticos, o esquema mais frequente foi efavirenz com lamivudina + zidovudina e, o esquema tríplice antirretroviral, foi o mais prescrito, com taxa de 86% (n=86). O principal motivo da mudança do esquema inicial foi, dentre os quatro relatados, o aparecimento de reações adversas em 17 casos (58,6%; n=29). Foram 857 (89,4%) problemas relacionados a medicamentos (PRM), sendo desses, 278 (32,4%) reais e 579 (67,6%) potenciais, que demandaram 963 intervenções farmacêuticas, na sua maioria relativas à educação das PVHIV/AIDS para o incremento da adesão. O método do autorrelato (feito em três momentos) encontrou de 92% (início), 95,0% (meio) e 95,0% (fim) como as taxas globais de adesão. Já através da aferição pelo método do registro de dispensação de medicamentos, a taxa de adesão regular foi de 76% e 10 pacientes abandonaram o estudo. Verificou-se uma redução média de 89,45% na carga viral dos pacientes em AFT e aumento considerável de 124,14% dos linfócitos T CD4⁺. Para ambos os indicadores, o teste T de Student provou que a diferença das médias antes e depois do AFT foi estatisticamente significativa.

A satisfação geral com o atendimento farmacêutico teve nível máximo positivo em 98,0% (n=98) dos 100 avaliados. A qualidade de vida foi verificada em relação aos pacientes sintomáticos e assintomáticos. Os resultados demonstraram ser superiores na maioria dos domínios para esses últimos. Quando analisados os sintomáticos, observou-se, para todos os domínios, valores médios ao final do processo de AFT superiores aos do 1º momento, sendo a diferença das médias estatisticamente significativa (teste T Student). A análise do AFT, através do uso de indicadores de processo e resultados clínico-laboratoriais, farmacoterapêuticos e humanísticos, permitiu verificar a importância do cuidado farmacêutico prestado e a percepção de que o farmacêutico, no exercício da atenção farmacêutica, tem um papel fundamental a ser consolidado dentro do time multidisciplinar de cuidado às PVHIV/AIDS em nosso país. Ao realizar intervenções, o farmacêutico contribui na obtenção de desfechos favoráveis e na consolidação da farmácia ambulatorial como um cenário favorável para o desenvolvimento dessa prática clínica, visando uma melhor qualidade de vida dos usuários desses serviços.

Palavras-chave: HIV. Indicadores. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Atenção farmacêutica.

ABSTRACT

The pharmacist can help in optimizing the pharmacotherapeutic plan, favoring antiretroviral compliance and health education through pharmacotherapeutic monitoring (PTM) for people living with HIV/AIDS (PLHIV/AIDS). This study aimed to analyze the development of pharmacotherapeutic monitoring (PTM) of people living with HIV / AIDS (PLHIV/AIDS), from the suitability, implementation and evaluation of clinical, laboratorial, pharmacotherapeutic and humanistic indicators in pharmaceutical care. To this end, the PTM of 100 PLHIV/AIDS assisted in a reference outpatient health unit in Fortaleza-Ce and obtained by spontaneous demand (convenience sample) was conducted from November 2008 to January 2012 (during 09 months), following the steps recommended in Dáder method. Drug-Related Problems (DRP) were classified according to the 2nd Consensus of Granada and Pharmaceutical Interventions (PI) were categorized according to Sabater et al. Adherence was measured by self-report and drug dispensing records methods. Satisfaction and quality of life of the individuals were assessed by the instruments of Larson et al. modified by Lyra Jr., and SF-36, respectively. The Laboratory of Statistics of the Federal University of Ceará (UFC) organized and analyzed the data. Some methodological adjustments and structuring of pharmaceutical documenting instruments were made, such as a pharmacotherapy follow-up record composed by seven parts, a Pharmaceutical Guidance Folder, a Guide of Drug Interactions with Antiretrovirals and others. The sociodemographic profile showed that most participants were young adult men with a mean age around 66 years, a considerable part (42%, n = 42) had low educational level, being mostly from Fortaleza, with a monthly income of 1 to less than 2 minimum wages (41.0%, n = 41). Alcohol use was mentioned by 41% of the individuals and 10% indicated use of illicit drugs. As for pharmacotherapeutic indicators, the most common regimen was efavirenz with Lamivudine + Zidovudine, evidenced in 44 patients as first regimen. It was observed that lamivudine was present in all initial prescriptions and that the most widely used regimens comprised three drugs, corresponding to 86% (n = 86). The main reason for change in the initial therapy was the appearance of adverse reactions 17 (58.6%, n = 29), and in the other four reasons for change. Of 961 Health Problems (HP) identified, 857 (89.4%) were Drug-Related Problems (DRP), being 278 real (32.4%) and 579 potential (67, 6%), which demanded 963 Pharmaceutical Interventions,

mostly related to education of patients in order to increase adherence. The assessment of the compliance was performed by two indirect methods. The self-reporting method (performed in 03 different time points) found 92% (early), 95.0% (middle) and 95.0% (end) as the overall rates of adherence. On the other hand, by the drug-dispensing records method, the regular adherence rate was 76% and 10 patients discontinued the study. The Fisher exact test showed an association between sex and age with adherence. In terms of clinical and laboratorial indicators, there was an average reduction of 89.45% in the viral load of patients on PTM and a substantial increase of 124.14% in CD4+ T lymphocytes. Student t-test proved that the differences of the means before-after PTM were statistically significant for both indicators. In general, the overall satisfaction with pharmaceutical care was the maximum for almost all respondents studied (98.0%). Quality of life was assessed in relation to symptomatic and asymptomatic patients and its results showed greater magnitude in most areas for the asymptomatic group. Only the domain "Social Aspects" presented nearly equivalent values. When the symptomatic group was analyzed, it was observed for all domains that the means at the end of the PTM were higher than the ones at the beginning and the difference between them was statistically significant (Student t test). The analysis of PTM through the use of process indicators, laboratorial, pharmacotherapeutic and humanistic results showed the importance of the pharmaceutical care provided and the perception that the pharmacist, in the exercise of Pharmaceutical Care, has a key role to be consolidated within the multidisciplinary care team for PLHIV / AIDS in our country. Pharmacists may be of great value in the achievement of favorable outcomes when performing interventions and consolidate the outpatient pharmacy as favorable scenario for the development of this pharmaceutical clinical practice in search of better quality of life for users of these services.

Keywords: HIV. Indicators. AIDS. Pharmaceutical care.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto ao perfil sociodemográfico, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	149
TABELA 2	Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto aos hábitos pessoais e estilo de vida, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	151
TABELA 3	Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto ao meio de contaminação, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	153
TABELA 4	Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à profilaxia para doenças oportunistas, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	155
TABELA 5	Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à alergia medicamentosa, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	156
TABELA 6	Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto ao tipo de alergia, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	156
TABELA 7	Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto aos medicamentos rotineiramente utilizados diferentes dos antirretrovirais, CEMJA	157

(Nov/2008 - Jan/2012).

TABELA 8	Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à via de administração dos medicamentos rotineiramente utilizados diferentes dos antirretrovirais, CEMJA (Nov/2008 -Jan/2012).	159
TABELA 9	Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto a quem receitou os diferentes medicamentos antirretrovirais rotineiramente utilizados, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	160
TABELA 10	Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à dificuldade de tomar o medicamento antirretroviral, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	160
TABELA 11	Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à quantidade dos medicamentos rotineiramente utilizados diferente dos antirretrovirais em relação ao sexo, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	161
TABELA 12	Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à quantidade dos medicamentos rotineiramente utilizados diferente dos antirretrovirais por faixa etária, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	162

TABELA 13	Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto ao uso de medicamentos sem prescrição médica, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	163
TABELA 14	Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à indicação de medicamentos para outras pessoas, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	163
TABELA 15	Percentual dos medicamentos em uso sem prescrição médica (automedicação), durante o acompanhamento farmacoterapêutico das pessoas vivendo com HIV/AIDS - CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	164
TABELA 16	Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto aos problemas gerais que podem interferir no tratamento, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	171
TABELA 17	Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto ao conhecimento sobre como se contrai/transmite a doença, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	171
TABELA 18	Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto ao conhecimento sobre o tratamento da doença, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	172
TABELA 19	Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto ao conhecimento	172

sobre a prevenção da doença, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).

TABELA 20	Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto ao conhecimento sobre as complicações da doença, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	173
TABELA 21	Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto às complicações da doença segundo o conhecimento do paciente, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	174
TABELA 22	Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto ao tipo de medicamento e os problemas relacionados aos mesmos, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	184
TABELA 23	Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto aos principais problemas relacionados aos medicamentos antirretrovirais, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	186
TABELA 24	Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto às categorias de intervenções farmacêuticas, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	187
TABELA 25	Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto ao tipo de intervenção farmacêutica nos problemas relacionados a medicamentos, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	188
TABELA 26	Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o	190

acompanhamento farmacoterapêutico quanto ao tipo de intervenção farmacêutica por tipo de problema relacionado ao medicamento, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).

TABELA 27	Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto ao tipo de intervenção farmacêutica por classificação do problema relacionado ao medicamento, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	192
TABELA 28	Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto aos meios de comunicação da intervenção farmacêutica, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	193
TABELA 29	Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto a quem se destina o comunicado da intervenção farmacêutica, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	194
TABELA 30	Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à adesão dos pacientes de acordo com o método de autorrelato – 1ª entrevista vs 2ª entrevista (momento 1 x momento 2), CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	195
TABELA 31	Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à classificação dos pacientes segundo adesão: método de autorrelato – 1ª entrevista vs 3ª entrevista (momento 1 x momento 3), CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	196

TABELA 32	Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à classificação dos pacientes segundo adesão: método de autorrelato – 2ª entrevista vs 3ª entrevista (momento 2 x momento 3), CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	196
TABELA 33	Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à adesão através do método de registro de dispensação pela farmácia, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	199
TABELA 34	Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à classificação pelo método de autorrelato (maior frequência nas entrevistas) e pelo método de registro de dispensação de medicamentos, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	199
TABELA 35	Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à sensibilidade e especificidade do método de entrevista direta (autorrelato) para classificação da adesão, tendo como padrão ouro o método de registro de dispensação de antirretrovirais, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	201
TABELA 36	Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à adesão pelo método do autorrelato, por sexo, na 1ª entrevista, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	202
TABELA 37	Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à adesão pelo	203

método de autorrelato, por sexo, na 2ª entrevista CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).

TABELA 38	Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à adesão pelo método de autorrelato, por sexo, na 3ª entrevista CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	204
TABELA 39	Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à adesão pelo método do autorrelato, por faixa etária – 3ª. entrevista, CEMJA (Nov/2008 - Jan/ 20012).	205
TABELA 40	Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à capacidade de administrar os medicamentos, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	207
TABELA 41	Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à existência de alguma estratégia utilizada para facilitar a adesão, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	207
TABELA 42	Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto ao conhecimento do risco do não cumprimento da terapêutica, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	208
TABELA 43	Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto às medidas descritivas de carga viral nos instantes inicial e final, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	210

TABELA 44	Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto às cargas virais no início e no fim somente para os pacientes onde constam as observações nos dois instantes, classificados como aderentes ou não aderentes, segundo o método de registro de dispensação de medicamentos, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	211
TABELA 45	Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto às medidas descritivas de carga viral nos instantes inicial e final para os pacientes classificados como sintomáticos ou assintomáticos, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	212
TABELA 46	Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto às medidas descritivas de CD4 nos instantes inicial e final, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	214
TABELA 47	Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto às medidas descritivas de CD4 nos instantes inicial e final para os pacientes aderentes e não aderentes segundo o método de dispensação de medicamentos, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	215
TABELA 48	Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto às medidas descritivas de CD4 nos instantes inicial e final para os pacientes classificados como sintomáticos ou assintomáticos, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	216

TABELA 49	Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à influência do medicamento na rotina de vida, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	217
TABELA 50	Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto aos motivos que levam a tomada de medicamentos a afetar a rotina do paciente, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	217
TABELA 51	Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à capacidade de informar os possíveis problemas de tomar o medicamento junto com outros medicamentos/alimentos, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	218
TABELA 52	Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto aos possíveis problemas de tomar o medicamento junto com outros medicamentos/alimentos, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	219
TABELA 53	Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à dificuldade em buscar o medicamento, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	220
TABELA 54	Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto ao grau de dificuldade em buscar o medicamento, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	220
TABELA 55	Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto ao local de	221

armazenamento dos medicamentos, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).

- TABELA 56 Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto às pessoas responsáveis pela administração do medicamento, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012). 222
- TABELA 57 Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto ao apoio da família para realizar o tratamento, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012). 223
- TABELA 58 Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à satisfação com a terapia antirretroviral, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012). 224
- TABELA 59 Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à satisfação com o atendimento no Serviço de Farmácia, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012). 224
- TABELA 60 Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à confiança na equipe multidisciplinar, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012). 225
- TABELA 61 Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à informação sobre a finalidade do medicamento, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012). 226
- TABELA 62 Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto a quem informou 226

sobre a finalidade do medicamento, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

- TABELA 63 Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à satisfação com a informação da finalidade do medicamento, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012). 226
- TABELA 64 Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à informação sobre as possíveis reações adversas aos medicamentos, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012). 227
- TABELA 65 Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto a quem informou sobre as possíveis reações adversas à terapia antirretroviral, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012). 227
- TABELA 66 Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à satisfação com a informação de possíveis efeitos adversos, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012). 228
- TABELA 67 Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto a possíveis problemas de tomar os medicamentos junto com outros e/ou alimentos, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012). 229
- TABELA 68 Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à informação sobre 229

os possíveis problemas de tomar junto com outros medicamentos e/ou alimentos, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).

- | | | |
|-----------|--|-----|
| TABELA 69 | Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto a quem informou sobre os possíveis problemas de tomar junto com outros medicamentos e/ou alimentos, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012) | 230 |
| TABELA 70 | Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto aos que responderam à alternativa “ <i>sempre</i> ”, segundo à satisfação pelos cuidados prestados pelo farmacêutico, no programa de atenção farmacêutica, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012). | 233 |
| TABELA 71 | Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto ao tempo dispensado nas consultas farmacêuticas durante os nove meses do acompanhamento, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012). | 235 |
| TABELA 72 | Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto aos valores de médias e desvios padrão obtidos para os domínios dos questionários SF-36 aplicados no 1º (início) e 9º encontro (final) do acompanhamento farmacoterapêutico de pessoas vivendo com HIV/AIDS sintomáticos e assintomáticos (n=100), CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012). | 239 |
| TABELA 73 | Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto ao teste t-Student para a comparação de médias dos domínios de qualidade de vida (SF-36) antes e depois da atenção farmacêutica, para pessoas | 240 |

vivendo com HIV/AIDS assintomáticos e sintomáticos, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).

- TABELA 74 Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto às variáveis associadas à qualidade de vida para os pacientes assintomáticos, de acordo com o perfil de adesão, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012). 242
- TABELA 75 Medidas descritivas das variáveis associadas à qualidade de vida para os pacientes sintomáticos, classificados de acordo com a adesão pelo método de registro de dispensação pela farmácia, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012). 243
- TABELA 76 Teste t-Student para comparação de médias dos aspectos de qualidade de vida antes e depois do acompanhamento farmacoterapêutico para pacientes assintomáticos, classificados de acordo com a adesão pelo registro de dispensação pela farmácia, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012). 244
- TABELA 77 Teste t-Student para a comparação de médias dos aspectos de qualidade de vida antes e depois da atenção farmacêutica, para pacientes sintomáticos, classificados de acordo com a adesão pelo registro de dispensação pela farmácia CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012). 245

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto a como se descobriu a infecção, CEMJA (Nov/2008-Jan/2012).	154
GRÁFICO 2	Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto às doenças oportunistas manifestadas e tratadas, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	155
GRÁFICO 3	Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto ao tipo de problema relacionado a medicamento, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	183
GRÁFICO 4	Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à classificação dos problemas relacionados a medicamentos, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	185
GRÁFICO 5	Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto ao subtipo de intervenção farmacêutica – 3D, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	189
GRÁFICO 6	Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à estratégia para facilitar a adesão, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	208

GRÁFICO 7	Percentual dos valores de carga viral inicial e final durante o acompanhamento farmacoterapêutico de pessoas vivendo com HIV/AIDS, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).	209
-----------	---	-----

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Distribuição percentual dos casos de AIDS por região no Brasil, 1980 a 2011.	39
FIGURA 2	Fluxograma sumarizado das sete fases do Método Dáder de acompanhamento farmacoterapêutico, oriundo da Universidade de Granada.	91
FIGURA 3	Diagrama do fluxo da oferta do serviço do Método Dáder de acompanhamento farmacoterapêutico, oriundo da Universidade de Granada.	107
FIGURA 4	Diagrama do fluxo da primeira entrevista do Método Dáder de acompanhamento farmacoterapêutico, oriundo da Universidade de Granada.	112
FIGURA 5	Diagrama do fluxo da fase de estudo do Método Dáder de acompanhamento farmacoterapêutico, oriundo da Universidade de Granada.	115
FIGURA 6	Diagrama do fluxo da fase de avaliação do Método Dáder de acompanhamento farmacoterapêutico, oriundo da Universidade de Granada.	118
FIGURA 7	Diagrama do fluxo da fase de intervenção.	124

FIGURA 8 Fluxo do processo de inclusão/exclusão e definição do tamanho da amostra. 156

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Classes dos antirretrovirais, farmacodinâmica e seus principais representantes disponíveis no Brasil.	47
QUADRO 2	Critérios para o início do tratamento antirretroviral de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde.	48
QUADRO 3	Métodos indiretos de medida da adesão à farmacoterapia.	64
QUADRO 4	Métodos diretos de medida da adesão à farmacoterapia.	64
QUADRO 5	Causas que originam os problemas relacionados a medicamentos.	85
QUADRO 6	Consequência dos problemas relacionados a medicamentos (ESPEJO et al, 2002).	85
QUADRO 7	Classificação dos problemas relacionados com medicamentos, segundo o II Consenso de Granada (2002).	86
QUADRO 8	Principais perguntas envolvendo a anamnese farmacológica.	110
QUADRO 9	Tipos de intervenções farmacêuticas realizadas no acompanhamento farmacoterapêutico (SABÁTER et al,	120

2005).

- QUADRO 10 Indicadores estabelecidos, instrumentos de medida e frequência da medida, de acordo com o período de acompanhamento (nove meses). 127
- QUADRO 11 Descrição dos processos e métodos analíticos de estatística realizados em cada bloco de dados do estudo do “Acompanhamento farmacoterapêutico de pessoas com HIV sob terapia antirretroviral: adequação, aplicação e análise de indicadores clínico-laboratoriais, farmacoterapêuticos e humanísticos na atenção farmacêutica” (Nov/2008 - Jan/2012). 140
- QUADRO 12 Distribuição das interações potenciais entre medicamentos em geral e os antirretrovirais, sua relevância clínica e manejo indicado, durante o acompanhamento farmacoterapêutico das pessoas vivendo com HIV/AIDS - CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012). 165
- QUADRO 13 Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto aos esquemas de antirretrovirais prescritos em primeira linha do tratamento, CEMJA, Nov/2008 - Jan/2012. 165
- QUADRO 14 Distribuição dos esquemas de antirretrovirais prescritos em primeira linha do tratamento para pessoas vivendo com HIV/AIDS em acompanhamento farmacoterapêutico, CEMJA, Nov/2008 - Jan/2012. 176
- QUADRO 15 Distribuição dos esquemas de antirretrovirais prescritos em 178

segunda linha do tratamento para pessoas vivendo com HIV/AIDS em acompanhamento farmacoterapêutico, CEMJA, Nov/2008 - Jan/2012.

- QUADRO 16 Distribuição dos esquemas de antirretrovirais prescritos em segunda linha do tratamento para pessoas vivendo com HIV/AIDS em acompanhamento farmacoterapêutico, CEMJA, Nov/2008 - Jan/2012. 179
- QUADRO 17 Distribuição dos esquemas de antirretrovirais prescritos em segunda linha do tratamento para pessoas vivendo com HIV/AIDS em acompanhamento farmacoterapêutico, CEMJA, Nov/2008 - Jan/2012. 179
- QUADRO 18 Distribuição dos esquemas de antirretrovirais prescritos em segunda linha do tratamento para pessoas vivendo com HIV/AIDS em acompanhamento farmacoterapêutico, CEMJA, Nov/2008 - Jan/2012. 180
- QUADRO 19 Distribuição dos motivos das mudanças do tratamentos antirretrovirais em relação a linha de tratamento durante o acompanhamento farmacoterapêutico (CEMJA, Nov/2008 - Jan/2012). 180
- QUADRO 20 Indicadores de processo e resultados técnico-científicos decorrente do estudo entre os anos 2008 a 2014. 182

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC - Abacavir

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*)

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ARV - antirretroviral

ATZ - Atazanavir

AF – Atenção farmacêutica

AFT – Acompanhamento Farmacoterapêutico

AZT - zidovudina

CDC - Center for Prevention and Disease Control of the United States

CEATENF - Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica

CEMJA - Centro de Especialidades Médicas José de Alencar

CTA – Centros de Testagem e Aconselhamento

DST/AIDS – Doenças Sexualmente Transmissíveis/ Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

DNA – Ácido desoxirribonucléico

EFV – Efavirenz

FSP – Fosamprenavir

GPUIM – Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamento

FAFT – Ficha de acompanhamento farmacoterapêutico

HAART – Highly active antiretroviral therapy

Hb - Hemoglobina

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana (*Human immuno deficiency virus*)

HUWC – Hospital Universitário Walter Cantídio.

IF- Intervenção farmacêutica

IM - Interações medicamentosas

IO – Infecção oportunista

IP – Inibidor da protease

IP/r - antirretroviral inibidor da protease potencializado com ritonavir

ITRN - antirretroviral inibidor da transcriptase reversa nucleosídeo
ITRNN - antirretroviral inibidor da transcriptase reversa não nucleosídeo
LPV/r Lopinavir/ritonavir
MAT – Medida de adesão ao tratamento
MEMS – *Medication Event Monitoring System*
NVP - Nevirapina
n – número
N – Número
NOTIVA – Notificação de medicamentos antirretrovirais
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PA - Pressão arterial
PRM - Problema relacionado ao medicamento
PRM-ARV – Problemas relacionados aos medicamentos antirretrovirais
PVHIV/AIDS - Pessoas vivendo com HIV/AIDS
RAM - Reação adversa a medicamento
RNA - Ácido ribonucléico
RNM - Resultados negativos dos medicamentos
RTV - Ritonavir
SAE - Serviço de Atendimento Especializado
SESA - Secretaria de Saúde do Estado do Ceará
SNC - Sistema nervoso central
SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMZ+TMP - Sulfametoxazol – trimetropima
SPSS - Statistical Package for the Social Sciences - pacote estatístico para as ciências sociais
SQV - Saquinavir
SUS - Sistema Único de Saúde
3TC - Lamivudina
TARV - Terapia antirretroviral
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDF - Tenofovir
T-20–Enfuvirtida

UDM – Unidade Dispensadora de Medicamento

WHO – World Health Organization

“Se conseguires enxergar mais longe, é porque vês acima dos ombros dos gigantes”.

(Isaac Newton)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	38
1.1 Vírus da Imunodeficiência Humana e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida: Contextualização Histórica e Epidemiológica	38
1.1.1 Caracterização da Virologia	38
1.1.2 Patogenicidade	38
1.1.3 Origem do HIV.....	39
1.1.4 A AIDS no Mundo	40
1.1.5 A AIDS no Brasil	41
1.1.6 A AIDS no Ceará	44
1.2 Infecção por vírus da imunodeficiência humana e terapia antirretroviral: Panorama Geral	45
1.2.1 Pannel farmacoterapêutico do tratamento antirretroviral: adequando ao melhor perfil	46
1.2.2 Adesão à terapia medicamentosa: um desafio a ser vencido.....	49
1.2.2.1 Aspectos conceituais	49
1.2.2.1.1 Definição.....	49
1.2.2.1.2 Adesão versus outras terminologias.....	49
1.2.2.2 Fatores Interferentes na Adesão.....	51
1.2.2.3 Importância da Aferição de Qualidade da Adesão.....	52
1.2.2.4 Aspectos Metodológicos	53
1.2.2.5 Adesão à terapia antirretroviral: a grande questão.....	65
1.2.2.5.1 A Política Brasileira de acesso aos medicamentos antirretrovirais: uma conquista	65
1.2.2.5.2 Nova era da terapia antirretroviral: o desafio da adesão persiste.....	68
1.2.2.5.3 Atuação do farmacêutico na promoção da adesão à terapia antirretroviral: uma ação estratégica	69
1.3. Atenção Farmacêutica.....	73

1.3.1. Atenção Farmacêutica: aspectos histórico-conceituais	73
1.3.1.1. As mudanças na prática da profissão farmacêutica	73
1.3.1.2. Atenção Farmacêutica: Necessidade Social e Profissional.....	76
1.3.2. Atenção Farmacêutica: seus alicerces filosóficos e conceitos referenciais	78
1.3.2.1. Alicerces filosóficos da Atenção Farmacêutica	78
1.3.2.2. Conceitos referentes à prática da Atenção Farmacêutica.....	80
1.3.2.2.1. Atenção Farmacêutica	80
1.3.2.2.2 Acompanhamento/Seguimento Farmacoterapêutico (AFT)	82
1.3.2.2.3 Problema Relacionado ao Medicamento (PRM)	83
1.3.2.2.4 Intervenção Farmacêutica (IM)	88
1.3.2.3 Atenção Farmacêutica: métodos operacionais, gestão do processo e do resultado.....	89
1.3.2.4 Estruturação de serviços de Atenção Farmacêutica: etapa inicial.....	92
1.3.2.5 O Papel da Atenção Farmacêutica na promoção do Uso Racional de Medicamentos: otimizando a assistência	93
1.3.3 Atenção Farmacêutica aos pacientes portadores de HIV: Um compromisso social inadiável	95
2. RELEVÂNCIA E JUSTIFICATIVA.....	102
3. OBJETIVOS.....	105
3.1 Gerais.....	105
3.2 Específicos.....	105
4. MÉTODOS.....	106
4.1 Desenho do estudo.....	106
4.2 Parâmetros e métodos de avaliação	126
4.2.1 Análise dos Parâmetros em Estudo	129
4.3 Local do estudo.....	134

4.4 Período do estudo.....	136
4.5 Estudo Piloto.....	137
4.6 Seleção dos pacientes, critérios de inclusão e exclusão.....	138
4.7 Análise estatística.....	139
4.8 Validação das informações.....	141
4.9. Aspectos éticos.....	141
5. RESULTADOS	142
5.1 Capítulo 1: Elaboração, adaptação e aplicação de instrumentos necessários para documentação e registro das atividades do cuidado farmacêutico.....	142
5.1.1. <i>Ficha de Acompanhamento Farmacoterapêutico (FAFT)</i>	142
5.2 Capítulo 2: Delineamento do perfil sociodemográfico, estilo de vida e farmacoepidemiológico das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHIV/AIDS).....	146
5.3 Capítulo 3: Resultados da Atenção Farmacêutica: Indicadores farmacoterapêuticos, clínico-laboratoriais, e humanísticos durante o AFT das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHIV/AIDS)	182
5.3.1. Indicadores farmacoterapêuticos.....	182
5.3.1.1. Problemas Relacionados aos Medicamentos, Intervenções Farmacêuticas e afins.....	183
5.3.1.2. Resultados farmacoterapêuticos: adesão à farmacoterapia antirretroviral (TARV) e suas interfaces.....	194
5.3.2. Resultados da Atenção Farmacêutica: indicadores clínico-laboratoriais.....	208
5.3.3. Resultados da Atenção Farmacêutica: Indicadores Humanísticos..216	
5.3.3.1. Análise da percepção das PVHIV quanto à satisfação da TARV e seu impacto na dinâmica da vida.....	216
5.3.3. Resultados da Atenção Farmacêutica: Indicadores Humanísticos.....	216
5.3.3.1. Análise da percepção das PVHIV quanto à satisfação da TARV e seu impacto na dinâmica da vida.....	216
5.3.4. Resultados da Atenção Farmacêutica: Indicadores Humanísticos.....	223
5.3.4.1. Análise da Satisfação do usuário vivendo com HIV/AIDS em relação à	

assistência prestada pela equipe multidisciplinar quanto às orientações à TARV; ao Serviço de Cuidado Farmacêutico e ao profissional farmacêutico.....	223
5.3.5. Resultados da Atenção Farmacêutica: Indicadores Humanísticos.....	230
5.3.5.1. Análise da percepção das PVHIV quanto à satisfação quanto ao Serviço de Cuidado Farmacêutico e ao profissional de Farmácia que o executou.....	230
5.3.6. Resultados da Atenção Farmacêutica: Indicadores Humanísticos.....	238
5.3.6.1. Análise da Qualidade de Vida das PVHIV em AFT.....	238
6. DISCUSSÃO	246
6.1 CAPÍTULO 1: Discussão sobre a elaboração, adaptação e aplicação de instrumentos necessários para documentação e registro das atividades do cuidado farmacêutico.....	246
6.2. CAPÍTULO 2: Discussão do delineamento do perfil sociodemográfico, estilo de vida e farmacoepidemiológico das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHIV/AIDS)	253
6.3. CAPÍTULO 3: Discussão dos resultados do cuidado farmacêutico através da análise dos indicadores farmacoterapêuticos, clínico-laboratoriais, e humanísticos durante o AFT das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHIV/AIDS)	265
6.3.1. Análise dos Indicadores Farmacoterapêuticos.....	265
6.3.2. Intervenções Farmacêuticas.....	289
6.3.2. Intervenções Farmacêuticas.....	289
6.3.3. Adesão.....	273
6.3.4 Indicadores Clínio-Laboratoriais – Carga Viral e Linfócitos CD4.....	282
6.3.5 Satisfação do Usuário	283
6.3.6 Qualidade de Vida	289
7. CONCLUSÃO.....	295
8. PRINCIPAIS DIFICULDADES ENFRENTADAS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	305
9. RECOMENDAÇÕES.....	308
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	309
11. APÊNDICES.....	353

INTRODUÇÃO

“Sem sonhos, a vida não tem brilho. Sem metas, os sonhos não têm alicerces. Sem prioridades, os sonhos não se tornam reais. Devemos intensamente sonhar, traçar metas cada vez mais ousadas e correr todos os riscos para executá-las. Melhor é errar por tentar do que errar por se omitir! Não tenha medo dos tropeços da jornada. Nunca se esqueça que você, ainda que incompleto, foi o grande protagonista de sua história”.

(Augusto Cury)

1. INTRODUÇÃO

1.1. Vírus da Imunodeficiência Humana e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida: *Contextualização Histórica e Epidemiológica*

1.1.1. *Caracterização da virologia:*

O vírus da imunodeficiência humana (*Human Immunodeficiency Virus, HIV*), um lentivírus pertencente à família Retroviridae (NCBI, 2010), é um parasita do sistema imunológico humano, causador de uma doença infecciosa conhecida como Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – SIDA (*ACQUIRED IMMUNO DEFICIENCY SYNDROME, AIDS*). Dois tipos de HIV foram identificados, o HIV-1 e o HIV-2 (BRITO, 2011). O HIV-1 é predominante, mais disseminado pelo mundo e apresenta maior taxa de mutação. O HIV-2 apresenta índices de patogenicidade e de transmissibilidade inferiores aos do HIV-1, como consequência, os indivíduos infectados apenas com o HIV-2 possuem, em geral, sobrevida mais longa (BIRD et al., 2003). O HIV-2 está mais restrito à África Ocidental, em países como Senegal, Guiné, Gâmbia e Cabo Verde (NTEMGWA et al., 2009).

1.1.2. *Patogenicidade:*

A AIDS é uma doença que afeta o sistema imunológico, em que o organismo torna-se incapacitado de se defender. A doença é caracterizada por perda de peso acentuada, astenia e pela suscetibilidade a infecções (LUETKEMEYER et al., 2010; VOLBERDING&DEEKS, 2010; *AIDS Education Global Information System*, 2010). Os alvos de infecção do HIV nos humanos são células que contêm uma glicoproteína de membrana denominada CD4 como macrófagos, células dendríticas e, principalmente, linfócitos T, que são células do sistema imunológico diretamente envolvidas na defesa do organismo contra micro-organismos invasores (BRITO, 2011). Ao infectar os linfócitos T CD4, o HIV conduz à falta de coordenação do sistema imunológico e à sua progressiva inoperância, acabando por estabelecer um quadro de imunodeficiência e por permitir o desenvolvimento de infecções oportunistas (DE CLERCQ, 2002).

1.1.3. *Origem do HIV*

De acordo com o Programa Nacional de AIDS (BRASIL, 2006), a infecção pelo HIV começou a ser observada na metade do século XX. Os relatos iniciais contam que a doença surgiu na África Central e, provavelmente, pela mutação dos vírus do macaco. Algumas experiências comprovam que o elo perdido na passagem dos primatas para o homem parece estar relacionado com a questão da manipulação de carnes de chimpanzés infectados na África (PARKER, CAMARGO JR; 2000).

A doença, então levada para pequenas comunidades da região central, disseminou-se pelo mundo todo com a globalização (BRASIL, 2008). Esse relato da transmissão é confirmado por diversos autores, dos quais um admitiu que o vírus da AIDS tivesse passado do macaco (principalmente do macaco verde) para o homem pelo contato íntimo desses animais com os nativos africanos, quer por arranhaduras ou mordidas, quer pelo hábito dessas populações de ingerir a carne de macaco mal cozida como alimento, contendo em seus tecidos e fluidos (sangue, secreções) o vírus causal da doença (PINTO et al., 2007; VERONESI, FOCACCIA, 2009).

Uma questão, porém, precisa ser respondida: *onde surgiram os primeiros casos de AIDS?* Em meio a essa pergunta, dois autores têm uma mesma opinião de que, embora os primeiros casos clínicos de AIDS tenham sido detectados em maio de 1981, em Los Angeles e São Francisco, EUA, em doentes do sexo masculino e homossexuais com quadros exóticos de pneumonite por *P. carinii* e sarcoma de Kaposi, uma análise retrospectiva e dados epidemiológicos, puderam reconhecer a presença da doença na África Equatorial, a partir de 1960, em símios, e, posteriormente, em 1965, em nativos africanos. Supõe-se, portanto, que o HIV tenha origem africana (GALVÃO, 2000; VERONESI, FOCACCIA, 2009).

Um relevante estudioso na área, ao escrever o seu artigo, concorda em parte com estes autores citados, pois afirma que a origem do HIV-2 é, com certeza, africana, mas o problema da origem do HIV-1 continua ainda indefinido (GRMEK, 1995). Hoje, 30 anos após os primeiros casos de AIDS virem a público, cientistas confirmam que o vírus HIV que atinge os humanos realmente veio dos chimpanzés selvagens, naturais de Camarões (BRASIL, 2006). Com relação à origem, os autores em sua maioria defendem a noção de que a AIDS tenha se originado do macaco

ou de outros primatas africanos e somente um autor discorda desta afirmação, em parte, pois, segundo este, somente o HIV-2 é realmente africano (PINTO *et al*, 2007).

A partir de então, a identificação da AIDS tornou-se um marco na história da humanidade. A epidemia da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da AIDS representa um fenômeno global, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros determinantes, do comportamento humano individual e coletivo (LIMA, 2006). A AIDS destaca-se entre as enfermidades infecciosas emergentes pela grande magnitude e extensão dos danos causados às populações e, desde a sua origem, cada uma de suas características e repercussões tem sido exaustivamente discutida pela comunidade científica e pela sociedade em geral (BRITO CASTILHO, SZWARCOWALD, 2000; BRASIL, 2010).

GALLO (2006) ratifica ao dizer que a doença disseminou-se através de caçadores que avançavam pelas florestas tropicais; da migração das pessoas para as cidades e, conseqüentemente, pela prostituição; do intenso deslocamento do homem através das viagens; da promiscuidade; do deslocamento de sangue e hemoderivados de um país para outro com objetivos médicos, assim como, do uso das drogas injetáveis (GALLO, 2006; MALISKA, 2005; MELO 2004). No início da doença, na década de 80, trabalhadores africanos procuraram empregos no Haiti (Caribe) e americanos passaram férias, contaminando-se e levando o vírus para Nova York e São Francisco. Os doentes tinham características comuns como: sexo masculino, jovens, a maioria homossexual e alguns faziam uso de drogas injetáveis (BASTIANI, 2010).

Os organismos governamentais, a partir de 1982, acreditaram, por um período de tempo, que a doença era característica do Grupo dos 5 H – *homossexuais, haitianos, heroinômanos* (usuários de drogas), *hemofílicos e hookers* (profissionais do sexo), contemporizando a adoção de medidas de prevenção e serviços para atender os doentes. Em 1985, implantou-se o teste anti-HIV (ELISA), definindo os critérios de casos do Center for Prevention and Disease Control of the United States (CDC). Em 1987, discutiram-se as técnicas de detecção de anticorpos anti-HIV (Ensaio Imunoenzimático - ELISA e Western-blot), que refletem estar ou não com aids (BRASIL, 2005; GALLO, 2006).

1.1.4. A AIDS NO MUNDO

A pandemia da AIDS tornou-se um ícone de grandes questões que afligem o planeta como os direitos humanos, a qualidade de vida, as políticas de medicamentos e a propriedade industrial

(BARACAT, 2013). Constitui-se, por conseguinte, um fenômeno cuja forma de ocorrência, nas diferentes partes do mundo, configura-se como epidemias com características e determinantes próprios (PARKER, CAMARGO JR, 2000; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006). Sendo responsável por mudanças significativas em outros campos que não somente a saúde, principalmente por combinar comportamento sexual e doença, a AIDS acarretou desafios para a área científica, trouxe novos atores para os movimentos sociais e atinge as pessoas em proporção geométrica, sem distinção social, econômica, racial, cultural ou política (PINTO *et al.*, 2007).

Segundo o relatório global sobre a epidemia da AIDS no mundo em 2011, cerca de 34 milhões de pessoas vivem com a doença em todo o mundo e um total de 2,5 milhões de óbitos foi evitado em países de renda baixa e média desde 1995 devido à intensificação da terapia antirretroviral (TARV). Estima-se que 700 mil óbitos relacionados à AIDS tenham sido evitados apenas no ano de 2010. Quase metade das pessoas (47%) com indicação de TARV já estão em tratamento (UNAIDS, 2012).

Os números divulgados nos últimos anos de tratamento da AIDS mostram um aumento de 16 vezes no número de pessoas que recebem TARV entre 2003 e 2010, (BRASIL, 2010). No entanto, cerca de 8 milhões de pessoas que eram elegíveis para a terapia ainda não a receberam em 2010) e, segundo GRANGEIRO *et al.* (2006), “entre os fatores que atuam como barreiras para a ampliação ao acesso dos medicamentos estão as inadequadas estruturas dos países para a oferta de serviços de saúde e a insuficiência de recursos para a aquisição e produção de medicamentos”.

1.1.5. A AIDS NO BRASIL

A primeira identificação clínica de AIDS no Brasil ocorreu em 1983, assim como no primeiro caso mundial, em um paciente portador de Sarcoma de Kaposi. Estudos posteriores permitiram a avaliação retrospectiva de casos no período de 1980-1982 (BRITO *et al.*, 2000). Na primeira metade da década de 80, a identificação de novos casos manteve-se restrita aos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro, nos grandes centros urbanos (FERREIRA *et al.*, 2011).

O perfil epidemiológico caracterizava-se por pacientes do sexo masculino com alto nível socioeconômico, sendo a transmissão de caráter homossexual/bissexual. Ao final daquela década, observou-se a disseminação da doença para outras regiões do país, ocorrendo a progressiva mudança do perfil epidemiológico inicial para um perfil de crescente acometimento de

heterossexuais: mulheres e indivíduos de baixa renda, em cidades de médio e pequeno porte (RODRIGUES JR., 2004). Um exemplo dessa transformação foi a mudança da prevalência por sexo: de 25 casos masculinos para um feminino, em 1991, para dois casos masculinos contra um feminino, em 2000 (SADALA, 2006).

O monitoramento dessas últimas 3 décadas de epidemia de HIV/AIDS em nosso país permite constatar uma dinâmica multi-epidêmica, complexa e multifatorial cujos arranjos são determinados, sobretudo, pelas condições de vida das populações atingidas, suas composições étnicas e etárias, seus padrões de mobilidade populacional, de relações de gênero e de comportamento sexual (BRASIL, 2012b). Se, na primeira metade da década de 1980, a epidemia manteve-se basicamente restrita às populações de homens que fazem sexo com homens nas regiões metropolitanas do Sudeste e Sul do Brasil, sendo a transfusão de sangue e hemoderivados e o uso de drogas injetáveis outras importantes vias de transmissão, nos últimos anos da década de 1980 até os atuais dias, a frequência de casos entre mulheres cresceu consideravelmente (LEMOS et al., 2011) e a transmissão heterossexual passou a ser a principal via de transmissão do HIV, além de se observar um processo de interiorização da epidemia (PARKER et al., 2002; SOUZA et al., 2013).

Atualmente, pode-se descrever a epidemia da AIDS no Brasil como sendo a composição de várias subepidemias, um mosaico de diferentes realidades, reflexo dos diferentes perfis de renda, de escolaridade da população e das diferentes capacidades de investimentos em saúde (SADALA, 2006; BRASIL, 2012b). Com relação aos casos de pessoas vivendo com HIV no Brasil, de 1980 a junho de 2011, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), declarados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e registrados no Sistema de Controle de Exames de Laboratório (SISCEL) e no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) 608.230 casos de AIDS, sendo (56,4%) na Região Sudeste; 20,2% na Região Sul; 12,9% na Região Nordeste; 5,8% na Região Centro-oeste; e 4,7% na Região Norte (Figura 1).

A taxa de prevalência da infecção pelo HIV no país mantém-se estável em aproximadamente 0,6% desde 2004, sendo 0,4% entre as mulheres e 0,8% entre os homens. Apesar da estabilização do número de novos casos ao longo dos últimos doze anos, observa-se que na Região Sudeste houve redução, porém nas demais houve aumento da incidência, de acordo com o Boletim Epidemiológico do Programa Nacional de DST/AIDS (BRASIL, 2012b). Em relação aos subgrupos populacionais de risco acrescido, estudos realizados em dez municípios brasileiros (Manaus, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Santos, Curitiba, Itajaí, Campo Grande

e Brasília), entre 2008 e 2009, estimaram taxas de prevalências de HIV de 5,9% entre usuários de drogas (BASTOS, 2009), de 10,5% entre homens que fazem sexo com homens (KERR, 2009) e de 5,1% entre mulheres profissionais do sexo (SZWARCOWALD, 2009).

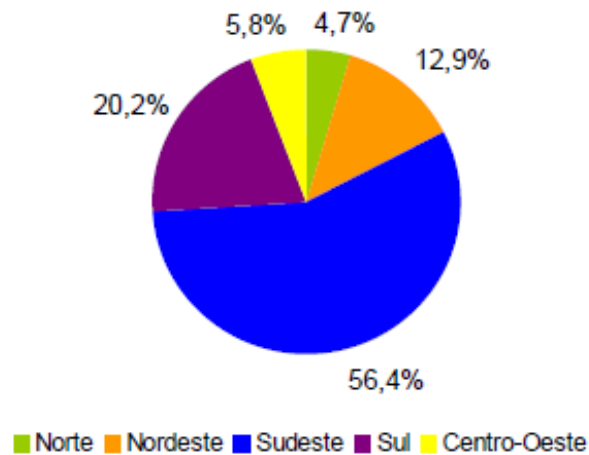


Figura 1 – Distribuição percentual dos casos de AIDS por região de residência no Brasil, 1980 a 2011.

Fonte: Brasil, 2012b.

Com um olhar mais detalhado sobre os indicadores epidemiológicos apresentados através do Relatório de Progresso da Resposta Brasileira ao HIV/AIDS no período de 1980 a junho de 2011, verificou-se que dos casos notificados no SINAN foram declarados no SIM e registrados no SICLOM 397.662 (65,4%) casos de AIDS no sexo masculino e 210.538 (34,6%) casos no sexo feminino. Nota-se a feminização da epidemia ao verificar que a taxa de incidência em 1998 era de 25/100.000 habitantes em homens e de 12,6 nas mulheres, enquanto que em 2010 a taxa masculina era de 22,9/100.000 habitantes e de 13,2 nas mulheres. A razão de sexo, que era de 40 homens para cada mulher em 1983, chega a 1,7 homens para cada caso em mulheres, em 2010.

Com relação às faixas etárias, a que exibe a maior taxa de incidência do país em 2010 é a de 35 a 39 anos de idade (38,1 casos/100.000 hab.). Entre 1998 e 2010, observou-se um aumento da taxa de incidência de casos de AIDS nas faixas etárias de 5 a 12, de 50 a 59 e de 60 anos ou mais. Na faixa etária de 13 anos de idade ou mais, dos 15.026 casos de AIDS do sexo masculino notificados no SINAN em 2010, 22,0% são homossexuais, 7,7% bissexuais, 42,4% heterossexuais, 5,0% são UDI, 0,6% por transmissão vertical e 22,1% ignorados. Com relação ao sexo feminino,

dos 8.210 casos notificados no SINAN em 2010, 83,1% são heterossexuais, 2,2% são UDI, 0,9% são por transmissão vertical e 13,8% ignorados quanto à categoria de exposição (BRASIL, 2012b).

Segundo a raça/cor em 2010, 49,6% dos casos notificados no SINAN são brancos, 10,8% pretos, 0,5% amarelos, 38,6% pardos, 0,4% indígenas e 8,1% ignorados. Com relação ao sexo em entre os homens em 2010, 51,2% são brancos, 9,8% pretos, 0,5% amarelos, 38,2% pardos, 0,3% indígena e 8,2% ignorados. Entre as mulheres, 46,7% são brancas, 12,7% pretas, 0,7% amarelas, 39,4% pardas, 0,5% indígenas e 7,8% ignoradas quanto a raça cor (BRASIL, 2012 b).

Quanto à escolaridade em 2010, 14,2% dos notificados no SINAN tinham até a quarta série do ensino fundamental, completa ou incompleta (5,9% com quarta série completa); 27,4% entre a quinta e oitava séries do ensino fundamental, completa ou incompleta (9,8% com ensino fundamental completo); 20,1% tinham ensino médio, completo ou incompleto (13,3% completo); 8,2% tinham ensino superior, completo ou incompleto (5,3% completo); 2,4% eram analfabetos; e, em 26,5% dos casos, o dado foi ignorado.

Com relação à escolaridade em 2010, observou-se que no sexo feminino a proporção de casos de AIDS em analfabetos e entre os que tem ensino fundamental completo ou incompleto é maior do que no sexo masculino, sendo que entre os homens a proporção de casos de AIDS com ensino médio completo e com ensino superior completo ou incompleto é maior do que no sexo feminino. No Brasil, no período de 1980 a 2010 ocorreram 241.469 óbitos por AIDS como causa básica, sendo 155.088 (64,2%) na Região Sudeste, 40.414 (16,7%) na Região Sul, 26.172 (10,8%) na Região Nordeste, 11.639 (4,8%) na Região Centro-Oeste, e 8.154 (3,4%) na Região Norte. No ano de 2010, ocorreram 11.965 óbitos no Brasil, sendo 5.687 (47,5%) na Região Sudeste, 2.574 (21,5%) na Região Sul, 2.020 (16,9%) na Região Nordeste, 923 (7,7%) na Região Norte, e 761 (6,4%) na Região Centro-Oeste (BRASIL, 2012b).

1.1.6. A AIDS NO CEARÁ

No Ceará, desde o primeiro caso conhecido em 1983, foram notificados 11.759 casos de AIDS até outubro de 2012. No ano passado, com dados ainda preliminares, foram confirmados 429 casos de infecção por HIV no Estado. De acordo com o boletim epidemiológico nacional, o coeficiente de mortalidade por AIDS no Ceará acumulado até 2011 era de 3 óbitos por 100 mil habitantes. Atualmente, no Ceará, funcionam 18 serviços de atendimento especializado a pacientes

com HIV/AIDS. São nove serviços em Fortaleza, funcionando no Hospital São José, Hospital Geral de Fortaleza, Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição, Hospitais Distritais Gonzaga Mota da Messejana e José Walter, Hospital Infantil Albert Sabin, Centro de Especialidade Médica José de Alencar e Núcleo de Atenção Médico Integrada da Unifor e nove no interior, nos municípios de Maracanaú, Juazeiro do Norte, Russas, Limoeiro do Norte, Sobral, Aracati, Quixadá, Cascavel e Brejo Santo (SESA, 2013).

Segundo GRANGEIRO et al. (2009), a sobrevida das pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHIV/AIDS) aumentou cinco vezes desde a introdução TARV e as taxas de mortalidade caíram em média 50%.

1.2. **INFECÇÃO POR VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA E TERAPIA ANTIRRETROVIRAL: *Panorama Geral***

Em 1989, a descoberta da zidovudina (AZT), Inibidor da Transcriptase Reversa (ITR), abriu perspectivas terapêuticas de ampliar o tempo de sobrevivência, configurando um divisor de águas para as pessoas vivendo com HIV (BASTIANI, 2010). Já em 1992, o Ministério da Saúde (MS) no Brasil passou a fornecer gratuitamente o AZT e medicamentos utilizados na quimioprofilaxia a pacientes cadastrados em serviços de referência. Foram incorporados a didanosina (DDI) e a zalcitabina (DDC) em 1995.

A partir de 1996, a nova proposta terapêutica denominada de “*High Active Antiretroviral Therapy*” (HAART) veio proporcionar grande aumento na sobrevida aos pacientes soropositivos (LOPES, 2012). A disponibilidade dessa terapia antirretroviral de alta potência, gratuitamente, para todas as pessoas com HIV-positivo, causou impacto notável na realidade da epidemia no Brasil, com redução da morbimortalidade, diminuição das internações hospitalares e progressiva mudança na maneira da sociedade e dos profissionais da saúde em se relacionar com esses pacientes (BRASIL, 2008; UNAIDS, 2009).

Encontram-se vários artigos na literatura sobre HIV/AIDS a respeito da assistência às pessoas vivendo com HIV, alguns enfocando o preconceito e a discriminação; outros, o impacto do diagnóstico nos comportamentos profissionais ou mudanças ocorridas nos aspectos éticos e legais no decorrer dos últimos vinte anos (SADALA, 2006; SEGUY et al., 2007; GOMES, 2008; ROMEU et al., 2012 CASTRO et al., 2013).

De acordo com BRITO (2012), desde o advento dos inibidores de protease (IP), o tratamento da infecção pelo HIV tem evoluído continuamente e mudou-se sensivelmente a história natural da AIDS (COSTA et al., 2011). Com o tratamento antirretroviral altamente ativo, ampliou-se a expectativa de vida dos pacientes (JOHANSSON et al, 2010). No entanto, eles terão de fazer uso dos antirretrovirais (ARV) por toda a vida. Aliado a esse fato, o uso prolongado dos ARV pode induzir a efeitos colaterais marcantes (ORRELL, 2008), fazendo com que muitos pacientes tenham dificuldade de adesão ou se recusem a continuar com a terapia. Entre os principais efeitos incluem-se a lipodistrofia (lipoatrofia ou lipohipertrofia); distúrbios metabólicos importantes, tais como a hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, acidose láctica, intolerância à glicose, diabetes, alucinações, transtornos gastrointestinais, além de outros efeitos indesejáveis (BRASIL, 2008b).

Como relatado, a TARV impede a multiplicação do HIV em diferentes etapas de reprodução no organismo. O tratamento consiste na combinação de drogas que ajudam a reestabelecer a imunidade do organismo, evitando a manifestação das doenças oportunistas (TORRES et al., 2010). Contudo, o paciente deverá ser acompanhado periodicamente (BARRUECO et al., 2005) para que a equipe de saúde possa verificar se ele está se adaptando ao tratamento, se surgiram efeitos indesejados com o uso ARV e quais as dificuldades para seguir as recomendações (SHARLAND et al., 2004). Com vistas a uma orientação efetiva, o paciente se sente seguro para relatar todas as dificuldades enfrentadas em relação aos medicamentos, para que a equipe, junto com ele, possa tentar solucioná-las e, assim, propiciar maior adesão à TARV (NOGUEIRA et al., 2007).

1.2.1. Painele farmacoterapêutico antirretroviral: *adequando ao melhor perfil*

Segundo VERONESI e FOCACCIA (2009), os ARV são divididos em seis classes com diferentes medicamentos desenvolvidos a partir da mesma ação farmacológica de inibição da replicação do vírus HIV. Estes são apresentados no Quadro 1 a seguir.

Quadro 1 - Classes dos antirretrovirais, farmacodinâmica e seus principais representantes disponíveis no Brasil.

Classe	Farmacodinâmica	Representante da classe
Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos (ITRN)	São fármacos que agem inibindo a enzima transcriptase reversa. Eles impedem a reprodução do HIV por mimetizarem uma das moléculas usadas pelo vírus para construir o DNA de novas moléculas virais.	I. Zidovudina (AZT) II. Lamivudina (3TC) III. Tenofovir (TDF) IV. Didanosina (DDI) V. Abacavir (ABC) VI. Estavudina (D4T)
Inibidores da Transcriptase Reversa Não-Análogos de Nucleosídeos (ITRNN)	Os ITRNN são responsáveis pelo bloqueio direto da ação da transcriptase reversa.	I. Efavirenz (EFV) II. Nevirapina (NVP) III. Etravirina (ETR)
Inibidores da Protease (IP)	Para o vírus se tornar infeccioso é essencial que as novas proteínas víricas sejam cortadas e estruturadas corretamente. Os IP bloqueiam o local onde o corte deve ocorrer e, assim, impedem os novos vírus de amadurecer e de infectar outras células.	I. Lopinavir (LPV) II. Atazanavir (ATV) III. Fosamprenavir (FPV) IV. Saquinavir (SQV) V. Indinavir (DV) VI. Darunavir (DRV) VII. Ritonavir (RTV) VIII. Tipranavir (TPV)
Inibidores da Integrase (II)	Os II atuam inibindo a inserção do DNA viral ao DNA celular do hospedeiro. Desse modo, a integração do DNA é bloqueada pelos inibidores.	I. Raltegravir (RAL)
Inibidor do Correceptor (CCR5)	Atua impedindo a ligação do HIV com o receptor quimoquina CCR5, também necessário para a entrada do vírus no interior da célula.	I. Maraviroque (MVQ)
Inibidor de Fusão T20 (ENF)	Atua inibindo a molécula gp41 do vírus e, desta forma, bloqueia a fusão do vírus com a célula do hospedeiro.	I. Enfuvirtida – T20 (ENF)

Fonte: Brasil, 2012.

A TARV tem critérios bem estabelecidos para seu início, estes vêm sendo discutidos a cada dia para abreviar ainda mais essa etapa do tratamento (BRASIL, 2012). Os critérios preconizados pelo Ministério da Saúde estão ilustrados no Quadro 2 abaixo.

Quadro 2 - Critérios para início do tratamento antirretroviral de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde (Brasil, 2012).

Critérios para início do tratamento antirretroviral	Situação
Pessoas assintomáticas com CD4 < 500 células/mm³	Expansão da recomendação de início de tratamento, incluindo pessoas assintomáticas com contagem de linfócitos CD4 abaixo de 500 células/mm ³ .
Pessoas assintomáticas com CD4 > 500 células/mm³	Indicação de TARV para pacientes com CD4 acima de 500 células/mm ³ coinfectedados com hepatite B e com indicação de tratamento da hepatite. Além disso, deve-se considerar o início da TARV em pacientes com doença cardiovascular ou risco cardiovascular elevado e neoplasias que necessitam de tratamento imunossupressor, mesmo em pacientes com CD4 superior a 500 células/mm ³ . Obs.: Para paciente assintomático sem contagem de CD4 disponível, recomenda-se não iniciar a TARV.
Sintomáticos, independente da contagem de CD4	Maior ênfase à indicação do tratamento para todos os sintomáticos ou na presença de manifestações associadas ao HIV, independentemente da contagem de CD4. Tal situação inclui tuberculose ativa, independente da forma clínica, alterações neurológicas, nefropatia e cardiopatia associadas ao HIV.
Genotipagem no pré-tratamento	Realização de genotipagem para detecção de resistência genotípica em pessoas que tenham se infectado com um parceiro em uso de medicamentos antirretrovirais, já que a possibilidade de transmissão de mutações de resistência é mais provável nessa situação. Também se recomenda a realização de genotipagem no pré-tratamento para as gestantes infectadas pelo HIV.
Tratamento como prevenção	Para as pessoas que vivem com HIV em parceria sorodiscordante, indica-se a antecipação do início do tratamento, como medida de prevenção da transmissão do HIV. O tratamento deve ser oferecido, independente da contagem de CD4. A avaliação deve ser individualizada e o tratamento iniciado desde que a pessoas que vive com HIV esteja motivada e esclarecida sobre os riscos e benefícios. Deve-se respeitar a autonomia da pessoa no processo decisório. Essa estratégia de prevenção complementa, sem substituir as já existentes.
Gestantes	Iniciar a TARV independentemente da contagem de CD4.

Fonte: BRASIL, 2012.

1.2.2. ADESÃO À TERAPIA MEDICAMENTOSA: um desafio a ser vencido

1.2.2.1. Aspectos conceituais

1.2.2.1.1. Definição

O conceito “adesão à terapêutica” conta com uma vasta literatura (LEITE, VASCONCELOS; 2003; GROSSBERG, 2004; VENTURA, 2006; REMOR, 2007; SEIDL et al., 2007; SÃO PAULO, 2007; SEGUY et al., 2007; GOMES, 2008; ROMEU et al., 2012; CASTRO et al., 2013), especialmente focando na adesão ao tratamento de uma determinada enfermidade, como nos casos de PVHIV/AIDS, tuberculose, hipertensão ou em determinados grupos populacionais, como crianças e idosos.

Para este trabalho, foram selecionados artigos e literaturas que propiciaram uma visão geral do tema para poder, em seguida, apresentar com mais detalhes os métodos e aspectos relacionados à problemática da adesão à farmacoterapia antirretroviral e aos sujeitos que a envolve. Neste estudo, adotou-se a definição tradicional da Organização Mundial da Saúde (2007) para a adesão que é “*o quanto o comportamento de uma pessoa corresponde às recomendações acordadas com o profissional da saúde: ao tomar medicamentos, seguir uma dieta e/ou executar mudanças no estilo de vida*”.

O conceito da OMS agrega em sua definição o princípio da autonomia, na medida em que exige a concordância do paciente com as recomendações preconizadas (FAUSTINO, 2006), o que implica no desempenho de um papel proativo nos cuidados com a própria saúde. Está implícito que deve haver colaboração e boa interação entre o paciente e o profissional que o assiste.

1.2.2.1.2. Adesão versus outras terminologias

Existem outras terminologias utilizadas como sinônimos para adesão como aderência, observância, complacência, fidelidade e *compliance*. Pode-se perceber que a visão sobre a adesão se tornou mais ampla que simplesmente o termo *compliance* que é “*a obediência participativa ativa do paciente à prescrição médica*”, entendendo-se por prescrição não apenas de medicamentos, mas também de todos os demais cuidados ou providências recomendados pelo médico ou outro profissional de saúde (GUSMÃO, MION JR; 2006). É um dos termos usados pelos autores no idioma inglês que se refere ao estudo do relacionamento médico-paciente e a

todos os aspectos que influenciam a confiança no tratamento e o correto cumprimento da prescrição médica (ZANINI, 1997).

Segundo OSTERBERG e BLASCHKE (2005), muitos autores preferem a palavra adesão porque *compliance* sugere que o paciente segue passivamente as “ordens” do médico e que o plano de tratamento não é baseado na aliança ou contrato estabelecido entre ambos.

De acordo com BRAWLEY e CULOS-REED (2000), os termos mais utilizados na língua inglesa, *adherence* e *compliance*, tem significados diferentes. Para os autores, o termo *compliance*, que pode ser traduzido como obediência, pressupõe um papel passivo do paciente e *adherence* ou adesão como o termo utilizado para identificar uma escolha livre das pessoas de adotarem ou não certa recomendação.

GUSMÃO e MION JR (2006) ao discorrerem sobre o assunto enfatizam que, em medicina, *compliance* significa “*concordância entre a prescrição e o comportamento do paciente*” e relatam que a OMS sugere o termo observância, que corresponderia quase na totalidade ao que se entende por *compliance*, mas omite a *vontade do paciente em querer cumprir o que lhe foi prescrito*.

O uso do termo complacência também foi sugerido, mas por transmitir a idéia de passividade não foi adotado. O termo *aderência*, por trazer a conotação de que os pacientes aderem tão intensamente à prescrição e que dela não mais se desligam, o que pode não ser desejável, não é comumente utilizado.

Neste sentido, LEITE e VASCONCELLOS (2003) dissertaram que o conceito de adesão mesmo variando entre diversos autores, de uma forma geral, é compreendido como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses e tempo de tratamento. Representa a etapa final do que se sugere como uso racional de medicamentos. Entre os pressupostos assumidos pelos diversos autores para o estudo da adesão, as diferenças mais evidentes encontram-se entre aqueles que focalizam o fenômeno no paciente e aqueles que procuram a compreensão em fatores externos ao paciente.

O problema da adesão começa no momento que o médico escreve a receita. A chance é baixa do paciente não cumprir plenamente ou praticamente nada. Contudo, a taxa de descontinuação, medida seis meses após a primeira prescrição, é bastante elevada, encontrando-se mais de 50% dos pacientes não ingerindo qualquer medicamento. Essa situação é caracteristicamente marcada nas doenças crônicas (RUDD, 1998; OIGMAN, 2006), como nos casos dos pacientes vivendo com HIV.

1.2.2.2. *Fatores Interferentes na Adesão*

Vários fatores relacionados tanto ao paciente quanto ao ciclo farmacoterapêutico podem influenciar direta ou indiretamente a adesão (SANTOS et al, 2011). Um aspecto que deve ser chamado atenção é a idéia da adesão como resultado do comportamento adotado pelo paciente (ROCHA et al., 2013). Quer dizer, suas condutas podem fazer o tratamento fracassar ou triunfar, considerando as omissões ou atos praticados por ele. Isso confere um caráter dinâmico e processual à adesão e traduz sua vulnerabilidade, na medida em que as atitudes de uma pessoa são constantemente influenciadas por diversos fatores (FAUSTINO, 2006).

Desse modo, a adesão pode facilmente variar não apenas de uma pessoa para outra, mas em uma mesma pessoa ao longo do tempo, dependendo das modificações no seu contexto de vida (SÃO PAULO, 2007). Pode-se destacar que a aceitação, a motivação e a perseverança de cada uma influenciam o seu processo da adesão. O conhecimento sobre a doença, a credibilidade na própria capacidade para aderir e a sua participação na definição do esquema terapêutico também são fatores importantes que colaboram para a qualidade da adesão (STRELEC et al., 2003).

Segundo ROCHA (2013), o acometimento de reações adversas e as manifestações idiossincráticas podem interferir decisivamente na adesão medicamentosa. O medo do paciente em apresentar efeitos adversos aos medicamentos pode fazê-lo interromper o tratamento (TEIXEIRA, LEFÈVRE, 2001; MARCOLONGO et al., 2001; MACLAUGHLIN et al., 2005; GOMES, 2008). O tipo de enfermidade tratada também se reflete na adesão medicamentosa. Tratamentos crônicos ou de longa duração tem, em geral, menor adesão, visto que os esquemas terapêuticos exigem um grande empenho do paciente que, em algumas circunstâncias, necessitam modificar seus hábitos de vida para cumprir seu tratamento (LEITE, VASCONCELOS, 2003; LEITE, 2005; GUSMÃO, MION JR, 2006; POLEJACK, SEIDL; 2010).

A exposição a múltiplos medicamentos expõe o crônico a um tratamento mais complexo, exigindo maior atenção, memória e organização diante dos horários de administração dos fármacos (GALLO et al., 2001; FLORES, MENGUE, 2005; BLANSKI, LENARDT, 2005). Nota-se uma nítida presença desses fatores no contexto de pessoas vivendo com HIV, o que continua a gerar um desafio para todos os profissionais de saúde, gestores, familiares e o próprio paciente.

1.2.2.3. Importância da Aferição de Qualidade da Adesão

De acordo com POLEJACK, SEIDL (2010), melhorar a qualidade da medida da adesão, tanto no contexto clínico quanto no de pesquisa, é importante por várias razões. No contexto clínico, o monitoramento da adesão é fundamental para identificar precocemente aqueles pacientes em risco de não adesão ou aqueles que já estão apresentando dificuldades, a fim de planejar intervenções de apoio ao tratamento de acordo com cada caso.

No que concerne ao contexto de pesquisa, o aprimoramento das medidas de adesão pode dar informações mais precisas acerca da prevalência de não adesão, sobre preditores de baixa adesão e identificação de populações mais vulneráveis a serem priorizadas no desenvolvimento de políticas públicas (BERG K, ARNSTEIN; 2006). Ademais, quanto mais fidedigna for a informação sobre o uso dos medicamentos e coerente com as necessidades das pessoas, maiores as chances de que as políticas em saúde pública tragam impacto efetivo para a população.

Esses autores ainda ressaltam que em países com recursos escassos, o monitoramento da adesão é crucial, considerando que as opções de medicamentos de segunda linha ainda são bastante limitadas e efetivamente inexistentes, tal como ocorre na maioria dos países africanos. Outra situação que se encaixa nesse quadro é o caso do HIV, em que há a necessidade de uma alta adesão aos esquemas ARV e a não-adesão pode gerar ainda resistência ao vírus (JÍMENEZ, 2010). Nessa perspectiva, a identificação precoce de riscos ou vulnerabilidades para a não adesão é essencial para se prevenir o desenvolvimento de resistência viral, consequência que pode limitar o acesso das pessoas às possibilidades de tratamento (POLEJACK, SEIDL; 2010).

Segundo OYUGI et al.(2004), mesmo ainda não havendo medidas validadas de adesão específicas para lugares com recursos limitados, como por exemplo o Brasil, tais medidas são essenciais para se compreender melhor as barreiras à adesão. Em países com essas características, o desafio do monitoramento sistemático da adesão parece ser ainda maior, tendo em vista a presença de problemas estruturais que envolvem a falta de recursos humanos nos serviços de saúde, a baixa qualificação técnica, a grande sobrecarga de trabalho pelo número de pacientes/dia por profissional, além das condições laboratoriais limitadas para um bom acompanhamento clínico do paciente.

1.2.2.4. Aspectos Metodológicos

A literatura especializada menciona não estar estabelecido um método padronizado para a avaliação da adesão como um *padrão-ouro* (CHESNEY, 2006; POLEJACK, SEIDL; 2010). A ausência de sistematização dificulta sua verificação e torna seu monitoramento um processo delicado na prática clínica (KEITH, 2011). Atualmente, utilizam-se algumas estratégias ou indicadores, nos quais a adesão é investigada de forma indireta por ser mais prático e operacional (CARVALHO et al., 2003; OYUGI et al., 2004; BERG K, ARNSTEIN J, 2006).

A aferição é sempre imperfeita e nenhum método isolado fornece um resultado preciso (CHESNEY, 2006), de modo que a utilização de dois ou mais métodos concomitantes é salutar para melhorar a acurácia desse indicador (MCMAHON, 2011). Todos apresentam vantagens e desvantagens, mas o ideal é trabalhar com múltiplas abordagens e com mais de um método para se traçar o perfil de uso dos medicamentos (LOREN, RON, 2000; USA, 2004; POLEJACK, SEIDL; 2010). A seguir, as formas mais comuns para se avaliar a adesão encontram-se descritas.

A) Métodos Indiretos

Nestes métodos não há confirmação de que o paciente tenha realmente tomado o medicamento, existe diferentes estratégias de aferição que serão aqui apresentadas:

✓ Entrevista com relato do próprio paciente (autorrelato)

É a descrição feita pelos próprios pacientes de como usam seus medicamentos (*self-report*) e pode ser feita por meio de entrevistas ou questionários. Considerado muito subjetivo, frequentemente a adesão está superestimada (OIGMAN, 2006), pois a informação está sujeita à capacidade de autocritica, ao receio que muitos têm de desagradar os seus médicos ou ao desejo de agradá-los (BHANDARI, WAGNER; 2006). Entretanto, raramente costumam dizer que não são aderentes se não for verdade. No entanto, manifestar uma adesão absoluta é um fraco preditor, mas declarar uma adesão baixa deve ser levada em consideração (MELBOURNE ET AL., 1999; VENTURA ET AL, 2006). Então, a não adesão quando informada deve sempre ser valorizada durante a entrevista direta. Apesar de ter desvantagens, principalmente na superestimação da adesão, é o método mais utilizado na rotina do atendimento (GOMES, 2008; VENTURA et al,

2010) e, quando bem conduzido, pode fornecer informações condizentes com o comportamento do paciente aderente (SÃO PAULO, 2007).

Este método utiliza questionários semiestruturados, cuidadosamente elaborados e validados que são aplicados aos pacientes, tais como os descritos em HAYNES et al (1981). MORISKY et al. (1986), entre outros. O método de Hayes é baseado em uma pergunta dirigida ao paciente cuja resposta afirmativa o classifica como não aderente. O teste de Morisky aborda a situação através de um questionário com quatro questões cuja resposta afirmativa a qualquer uma dessas perguntas classifica o indivíduo como não aderente (SANTA HELENA et al., 2008).

Posteriormente, foi desenvolvido, a partir dessas quatro perguntas de respostas dicotômicas do método de Morisky (SIM ou NÃO), um instrumento (DELGADO E LIMA, 2001) com sete itens objetivos em que a resposta é dada em uma escala unidimensional ordinal (Likert) de seis parâmetros que variam de “um” (nunca faço isso) a “seis” (faço isso sempre), através dos quais possam ser contribuintes ou não para a adesão. A proposta de sete perguntas com respostas através da escala de Likert tem maior confiabilidade do que uma classificação dicotômica (SANTOS et al., 2013).

Em algumas situações clínicas específicas, como na avaliação da adesão entre pessoas vivendo com HIV, seu emprego tem suporte na literatura que demonstra boa associação entre o autorrelato e os resultados de cargas virais entre os pacientes aderentes (VENTURA, 2006; SÃO PAULO, 2007). Para se obter respostas mais fidedignas, é importante fazer perguntas isentas de julgamentos morais e não adotar atitudes reprovadoras. O paciente deve se sentir seguro para relatar suas dificuldades (VENTURA, 2006).

Geralmente, estes questionários contêm perguntas fechadas e abertas sobre condições sociodemográficas, vulnerabilidade em relação ao HIV e AIDS, compreensão em relação ao diagnóstico e são enfatizadas questões do tratamento e dificuldades encontradas com o uso do(s) medicamento(s). Por exemplo: *Qual é a dose que você acha mais difícil de tomar? Quantas vezes por semana você acha que deixou de tomar pelo menos uma dose do seu medicamento? Qual o horário mais inconveniente para tomar seus remédios? O que atrapalha a tomada dos seus medicamentos?*

Durante a entrevista, a adesão é medida pelo autorrelato do paciente quando se indaga acerca do tratamento prescrito, seu cumprimento e suas percepções relativas à adesão. As entrevistas são de fácil aplicação e reprodutibilidade, podendo ocorrer durante as visitas de

acompanhamento. Entretanto, devem ser conduzidas de maneira amigável, sem julgamentos, em especial em situações ainda estigmatizadas socialmente como no HIV/AIDS, para que os pacientes não se sintam pressionados e receosos de dizerem a verdade sobre suas interrupções no tratamento (SÃO PAULO, 2007; BRASIL, 2008). Além desta limitação, a medida da adesão pela entrevista, é definida considerando somente um percentual de doses tomadas nos últimos dias anteriores à visita, favorecendo a uma subestimativa da não-adesão. O ponto de corte para as doses tomadas varia de 80 a 100% e o número de dias anteriores à entrevista de três a sete dias, chegando a um corte de um mês prévio ao relato (BONOLO ET AL., 2005; CARRIERI et al., 2006).

✓ *Opinião do médico*

Também é um procedimento simples e frequentemente demonstra alta especificidade, pois a opinião do médico está baseada no resultado final do tratamento (SÃO PAULO, 2007). A estimativa da adesão feita pelos profissionais da saúde não é imparcial, pois é permeada por um viés subjetivo que dá margem a alguns julgamentos preconceituosos. Há trabalhos demonstrando que os profissionais não têm habilidade para avaliar a adesão de forma acurada e a medida feita por eles pode ser tão problemática quanto a feita pelos pacientes (WHO, 2003; OIGMAN, 2006). Não se deve confiar nesta capacidade, pois ainda é difícil encontrar características nos pacientes que determine como será a adesão (STONE et al., 2004).

✓ *Diário do paciente*

Caracteriza-se pela utilização de um formulário específico, onde o paciente descreve detalhadamente o uso dos medicamentos, horário da tomada, número de comprimidos, alimentação, durante um período pré-estabelecido (GOMES, 2008b). Na situação do adequado preenchimento, este poderá trazer informações importantes, podendo-se correlacionar com eventos externos e/ou efeitos adversos. Contudo, é um procedimento que requer grande colaboração do paciente, além da documentação ser total e consistente. Em geral, os pacientes idosos esquecem muitos dados, impossibilitando melhor aproveitamento do relatório. Além disso, há o risco da criatividade do paciente superar a realidade (OIGMAN, 2006).

Em relação aos ARV, um estudo transversal utilizando por um período de um mês o diário do paciente como forma de aferição da adesão e, como critério de não-adesão, tomar menos de

90% dos ARV, encontrou 29,2% de não-adesão (LIGNANI JR, 2001). Estudo de coorte utilizando como critério de não-adesão tomar menos de 95% das doses prescritas, encontrou 25,5% de não-adesão. Relata que 28,2% dos pacientes não entregaram seus registros na primeira visita de seguimento e que alguns dos fatores que dificultavam a aceitabilidade do instrumento eram o seu tamanho e visibilidade, pois favorecia a identificação dos pacientes como portadores do HIV perante aos demais (ÁLVARES, 2004).

Durante o acompanhamento farmacoterapêutico das PVHIV/AIDS, solicitar aos pacientes que registrem em diários como usam os ARV é um recurso que melhora a exatidão das informações. Entretanto, a maioria não os preenche de forma adequada ou esquecem de levá-los às consultas. Portanto, embora útil, é uma ferramenta com importantes limitações, tanto no ambiente clínico como no de pesquisa (SÃO PAULO, 2007).

✓ *Contagem de comprimidos*

Aparentemente seria o método mais adequado para a avaliação de adesão ao tratamento, uma vez que mimetizaria a realidade da tomada dos medicamentos quando analisados os recipientes que os acondicionam em relação aos quantitativos (GOMES, 2008). É um método que requer a colaboração do paciente, é trabalhoso e o paciente deve retornar todos os frascos ou caixas entregues na visita anterior. Contudo, constitui-se no método mais sujeito à manipulação pelo paciente (SÃO PAULO, 2007). Um paciente que faça uso de 80% ou mais dos comprimidos pode ser considerado um bom aderente ao tratamento. Não raro, encontramos pacientes que chegam ou se aproxima dos 100% de aderência ou até os ultrapassam.

O fato de um indivíduo apresentar boa adesão ao tratamento, avaliada por contagem de pílula, não significa que ele fez uso dos comprimidos (OIGMAN, 2006). Está bem reconhecido o fato de que o paciente pode ter retirado comprimido do frasco e oferecido a outro paciente ou, até mesmo, tê-los jogado fora. Ressalta-se que alguns pacientes não se sentem bem tendo seus medicamentos contados por membros da equipe, o que pode gerar algum tipo de indisposição entre todos. Essas são as maiores desvantagens desse método. Na prática, não se costuma contar as sobras de comprimidos, mas é sempre útil indagar sobre quanto de medicamento o paciente ainda possui (MURRI et al., 1999; NEW YORK DEPARTMENT OF HEALTH & AIDS INSTITUTE, 2001; SÃO PAULO, 2007).

✓ *Registro de Dispensação pela Farmácia*

Os registros de dispensação da Farmácia de cada paciente são consultados, verificando-se a quantidade de visitas realizadas pelo paciente à farmácia, número de dias entre as dispensações e o número de comprimidos dispensados por mês. Entretanto, exige que a dispensação se realize de forma centralizada para a análise do perfil de adesão de um determinado tratamento, como ocorre no Brasil com as pessoas vivendo com HIV (GOMES, 2008b). Embora a literatura da área (SÃO PAULO, 2007) mencione que o registro de dispensação da Farmácia não seja idealizado exatamente como um método para aferir a adesão, esse controle, realizado pelo farmacêutico, é um instrumento gerencial que pode ser empregado para monitorar a retirada dos ARV pelo paciente. Desse modo, podem-se obter informações sobre o abandono ou mesmo sobre o uso irregular, de acordo com a frequência da dispensação dos medicamentos, e estabelecer estratégias frente àqueles com maiores dificuldades no tratamento (HUGEN et al., 2002; ROSS-DEGNAN et al., 2010).

OIGMAN (2006) ressalta que este método pode também oferecer a média do nível da adesão à farmacoterapia. Contudo pode ser um método trabalhoso, dada a necessidade de avaliar, individualmente, cada caso de irregularidade temporal nas retiradas dos medicamentos nas farmácias e, preferencialmente, requer o desenvolvimento de um programa para computador, além da escolha de um grupo restrito de farmácias, nas quais as informações colhidas possam apresentar credibilidade. É um método sujeito a vícios de amostragem.

O registros de dispensação têm sido cada vez mais valorizado como um método acurado para a monitorização da adesão de pessoas vivendo com HIV (KEITH, 2011), embora não permita afirmar que os medicamentos retirados da farmácia foram corretamente utilizados, partindo da premissa de que o paciente que visita regularmente a farmácia para buscar seu tratamento tem “*o potencial desejo de aderir e deve tomá-lo adequadamente*” (ESCOBAR et al., 2004).

Na literatura, os estudos encontrados que utilizaram os registros da Farmácia, apresentaram uma diversidade metodológica, compreendendo, estudos de coorte e transversal, em populações pequenas e grandes, em início ou não de terapia ARV, com médias de idades variadas, com pontos de corte e critérios de não-adesão também variados (LIGNANI et al., 2001; GROSSBERG et al., 2004; FARLEY et al., 2005; BRITO et al., 2006; PARRUTI et al., 2006; NACHEGA et al., 2006; SEGUY et al., 2007; Ross-Degnan et al., 2010).

Os critérios de não-adesão foram definidos por meio do percentual de visitas ou percentual de perdas de doses (retirada insuficiente para o uso) ou do número de dias de atraso na retirada dos

medicamentos da Farmácia; os pontos de cortes variaram: comparecer a menos de 80% de visitas; menos de 80 a 95% das doses retiradas; atrasos na retirada maiores que nove a 90 dias da data agendada ou do período estabelecido.

Desde os primeiros estudos, a avaliação da confiabilidade das informações sobre os medicamentos prescritos, obtidas na entrevista com os PVHIV/AIDS, era comparada com os registros da Farmácia (LAW et al., 1996). A consulta às fichas de dispensação era utilizada com o objetivo de complementar ou validar informações para outras medidas realizadas pelo pesquisador, principalmente o autorrelato, assumindo serem corretas as informações contidas nelas. Entretanto, trabalhos como o de MARTÍN et al. (2001) e de GROSSBERG et al. (2004) têm reconhecido os registros da Farmácia como uma eficiente medida de não-adesão, demonstrando a importância do monitoramento das doses retiradas pelos pacientes na Farmácia e que tal técnica deve ser incorporada à prática clínica e nas pesquisas de adesão.

Revedo a literatura em HIV/AIDS, SINGH et al. (1996), em um estudo longitudinal, prospectivo, analisaram a adesão e seus determinantes através de entrevista estruturada e dos registros mensais de dispensação da Farmácia de cada paciente. Consideraram o registro da Farmácia como *uma medida objetiva e quantitativa* para analisar a adesão dos pacientes aos ARV prescritos, uma vez que a Farmácia situava-se dentro do próprio serviço de assistência. Adotaram como critério de não-adesão, os pacientes que retiraram menos de 80% de seus medicamentos da Farmácia. Encontraram 37% de não-adesão entre os pacientes nos 6 e 12 meses de acompanhamento.

Já BOMTEMPO (2000), em um estudo prospectivo não concorrente (coorte histórica), avaliou o uso irregular da TARV de 322 pacientes, virgens de tratamento, pela história de interrupção e/ou abandono, registrada em prontuário e nas fichas da Farmácia. A interrupção da terapia ARV foi definida pelo período mínimo de um dia e máximo de 59 dias, com retorno ambulatorial para continuidade do tratamento, registrado em prontuário. O abandono foi definido pela falta da procura do tratamento na Farmácia por dois meses consecutivos. O estudo encontrou uma incidência de 44,1% de uso irregular da terapia ARV ao final de seis meses de seguimento.

Os pesquisadores LIGNANI JUNIOR et al. (2001) utilizaram fichas de dispensação da Farmácia para validar as informações do autorrelato. Consideraram não aderente aquele que teve mais de 10% de perdas de doses nas três últimas dispensações. Foram computados como perda

tanto o atraso de 10 dias ou mais na retirada dos medicamentos, como a retirada de quantidade inferior à necessária para um mês. Os autores encontraram 23,5% de não aderentes.

Em um estudo transversal realizado por MARTIN et al. (2001) com 242 pacientes, selecionados de um Hospital de Madri, utilizou a média percentual de doses de ARV dispensados pela Farmácia num período de seis meses como medida padrão para validação de um questionário (entrevista semiestruturada) proposto para medir a não-adesão ao tratamento ARV. Relataram que, respectivamente, 34,3% e 53,3% dos pacientes retiraram menos de 80% e menos de 90% das doses prescritas. Quando as medidas foram comparadas, a proporção detectada pelo questionário era de 1 para 4 pacientes com retiradas menores de 80% e de 1 para 5 pacientes com retiradas menores de 90%.

MARTÍN-SANCHEZ et al. (2002) avaliaram a não-adesão pelo autorrelato e pelos registros da Farmácia. Encontraram 21,4% de não-adesão tomando menos de 90% da medicação nos últimos quatro dias e 43,2% considerando como não-adesão àqueles pacientes que haviam acumulado mais nove dias para retirar seu medicamento nos últimos três meses. O grau de concordância foi baixo entre as medidas de adesão utilizadas.

Um estudo piloto retrospectivo conduzido por CARMODY et al. (2003), envolvendo 67 PVHIV/AIDS por um período de seis meses, foi realizado utilizando registros médicos e da Farmácia. Um dos objetivos era determinar a proporção de pacientes que não retornaram para buscar seus medicamentos em tempo oportuno. Definiram como retirada irregular de medicamentos, o período superior a 60 dias entre as dispensações, compreendido como mais de um mês sem tomar o medicamento. Relataram que 23,7% dos pacientes ficaram com quantidade insuficiente de medicamento por um período maior que um mês. As falhas foram devidas, primeiramente, pela não retirada dos ARV pelos pacientes, mas também pela deficiência de estoque na Farmácia.

GROSSBERG et al. (2004) realizaram um estudo de coorte onde verificaram que pacientes 100% aderentes pelo autorrelato quando reclassificados pela medida da Farmácia, eram 41% não aderentes e tinham uma resposta virológica significativamente mais baixa. Esses autores consideram o autorrelato menos sensível à não-adesão do que a medida baseada na retirada de medicamentos da Farmácia.

FARLEY et al. (2005), em um estudo retrospectivo, avaliaram a adesão à terapia de uma e duas doses diárias de ARV comparando os dois métodos, autorrelato e registros da Farmácia. A

não-adesão pelo autorrelato foi definida como tomar menos de 97% das doses nos 28 dias anteriores à entrevista e pelo registro da Farmácia foi retirar menos de 95% das doses. Os registros da Farmácia identificaram duas vezes mais indivíduos não aderentes (27%) quando comparados com o autorrelato (14%). Os níveis da carga viral estavam significativamente relacionados à adesão medida pelos dois métodos.

✓ *Resposta clínica-laboratorial*

Apesar de ser um método simples e fácil na sua obtenção, a avaliação da resposta clínica-laboratorial parte do princípio de que a resposta clínica-laboratorial é uma variável direta e, em muitas situações terapêuticas, única à adesão ao tratamento (como no caso das doenças infecciosas – HIV/AIDS), o que reconhecidamente não é verdade em outras situações, como por exemplo, na hipertensão e diabetes, visto que outros fatores estão envolvidos no sucesso do tratamento de cada paciente. É, na prática, um método amplamente empregado pelos médicos para uma avaliação global (OIGMAN, 2006).

✓ *Monitorização eletrônica do número de tomada do medicamento*

Os especialistas em adesão (LEE et al., 1996; OSTERBERG, 2005; ACRI et al., 2010) revelam que este método se constitui no mais moderno para a avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso. Contudo, a técnica é muito onerosa e requer o uso de frascos especiais, que contenham na tampa um microprocessador. São frascos do(s) medicamento(s) a serem monitorado(s) fechado(s) por tampas que possuem um chip eletrônico que registra todas as vezes que são abertos ou fechados (*Medication Event Monitoring System - MEMS*) (SÃO PAULO, 2007). O processo de avaliação do cumprimento da terapia se baseia, resumidamente, no fato de cada abertura e fechamento da tampa ser memorizada como uma tomada do medicamento e já existem vários trabalhos validando essa importante ferramenta para monitorar a adesão (MILLER, HAYS 2000; LIU et al., 2001; GROSS et al., 2002; BERG, ARNSTEN 2006; CHESNEY 2006; ACRI et al., 2010). Os dados coletados posteriormente, por um computador, informam as datas, os horários e os intervalos entre todas as “prováveis” tomadas.

De maneira similar à contagem de pílulas, a adesão através dos dispositivos eletrônicos pode ser superestimada, caso a abertura dos frascos não reflita a ingestão pelo paciente (OIGMAN,

2006). Uma das grandes falhas do sistema está na impossibilidade de detectar a tomada de uma dose excessiva ou quando ocorre a ingestão de várias pílulas de uma só vez. Mesmo assim, este dispositivo é dos melhores em oferecer uma estimativa média da frequência da ingestão diária e do intervalo entre as doses, sendo considerado, por alguns especialistas (BERG, ARNSTEN 2006; CHESNEY, 2006; SÃO PAULO, 2007), como o método indireto mais acurado para avaliar a adesão à farmacoterapia.

De acordo com POLEJACK et al (2010), os benefícios do monitoramento eletrônico incluem a possibilidade de verificar, inclusive, o intervalo entre as doses, além do número de vezes que o frasco foi aberto e o medicamento ingerido. Para MCPHERSON-BAKER et al. (2006), o uso deste método pode melhorar a própria adesão, uma vez que cria o hábito de gerenciar a abertura do frasco.

A grande desvantagem, além do custo elevado, é que o seu manuseio frequentemente causa transtornos na rotina dos pacientes (GOMES, 2008). Muitos usam caixas específicas para colocar seus comprimidos, por terem que esconder os frascos de ARV de seus familiares ou para facilitar o transporte das doses do dia quando necessitam sair de casa (LOREN, RON, 2000; NEW YORK DEPARTMENT OF HEALTH, 2001; POLEJACK et al (2010). Estas situações inviabilizam o uso do *MEMS* e impactam diretamente na adesão à terapia. Ainda possui o inconveniente do paciente poder, inadvertidamente, invalidar os dados computados, abrindo a tampa mais de uma vez sem a retirada do medicamento, colocando doses em outros frascos ou retirando doses extras para ingestão mais tarde (DUONG, et al, 2001; GROSS et al, 2001; LEVINE et al, 2006).

B) Métodos Diretos

De acordo com OIGMAN (2006) e SANTOS (2013), são métodos que procuram confirmar se realmente houve a ingestão do medicamento através da mensuração sérica, mesmo isso podendo não revelar a correta adesão em sua realidade. Podem-se destacar duas maneiras distintas de se obter tal comprovação: a análise biológica e a adição de um marcador ou traçador ao medicamento ingerido.

✓ *Análise biológica*

É a análise no sangue ou na urina do medicamento ingerido ou de um de seus metabólitos. Apesar de ser considerado método padrão-ouro para avaliar adesão, apresenta alguns inconvenientes que tornam sua execução inviabilizada do ponto de vista prático em Serviços Clínicos, tendo maior aplicabilidade no âmbito da pesquisa. O principal limitante é requerer uma metodologia sofisticada e onerosa (NEW YORK DEPARTMENT OF HEALTH, 2001; SÃO PAULO, 2007; GOMES, 2008).

Outra importante desvantagem é que o exame de sangue só é capaz de refletir a ingestão do medicamento nas últimas 24 horas, ou seja, pacientes cientes de que irão colher sangue podem tomar os medicamentos no dia anterior, sem, contudo, significar que vinham tomando o tratamento de modo regular anteriormente (POLEJACK et al., 2010).

Este método ainda pode sofrer alterações de outros fatores biológicos, por exemplo: *proporção absorvida pelo trato gastrointestinal, função hepática e renal, capacidade de se ligar às proteínas, uso de medicamentos concomitante que interfere com seu metabolismo, entre outros*. A presença de alterações laboratoriais secundárias aos medicamentos pode ser indicativa de uso deles (anemia, hiperbilirrubinemia, etc). Embora sejam até utilizadas por serem medidas mais objetivas, não fornecem informações sobre o padrão de uso e perda das doses (SÃO PAULO, 2007; POLEJACK et al., 2010).

✓ *Adição de um traçador*

Esse método baseia-se na adição ao medicamento em uso de outra substância ao organismo. Por exemplo, pode-se adicionar uma substância (complexo B) que tenha o método de análise mais facilitado que o medicamento em si. É, na realidade, um método indireto que, além dos problemas já referidos anteriormente, apresenta um problema ético não fácil de ser contornado, uma vez que o paciente de alguma forma deveria previamente ser informado da ingestão de ambas as substâncias. Portanto, ambos os métodos diretos não apresentam qualquer aspecto prático que os recomende de rotina clínica (OIGMAN, 2006).

Segundo GOMES (2008 b), a utilização de métodos diretos como os marcadores biológicos, dosagem sérica dos ARV, carga viral-HIV, contagem de linfócitos TCD4+ e *screening* de resistência às drogas podem oferecer informações úteis acerca da efetividade do tratamento.

Alterações nesses marcadores podem sugerir a ocorrência de falha terapêutica, a qual não-adesão é um dos muitos fatores relacionados. No caso específico de PVHIV/AIDS deve ser destacado que a avaliação da resposta terapêutica pelos resultados dos exames de CD4 e carga viral, também pode ser sugestiva de adesão e é muito empregada na prática clínica do acompanhamento dessa clientela (HOFFMAN et al., 2010).

Em contra ponto, alguns pacientes podem apresentar respostas diferentes perante um uso semelhante dos ARV, isto é, alguns sem boa adesão podem ter carga viral indetectável e outros que sejam aderentes podem não diminuí-la devido à resistência ao pré-tratamento, uso de esquema pouco potente ou outros fatores (NEW YORK DEPARTMENT OF HEALTH, 2001; WHO, 2003; STONE et al., 2004, SÃO PAULO, 2007). O nível plasmático de inibidor de protease e a concentração de HIV-1 RNA no plasma foram utilizados para validar um questionário para medir adesão à terapia de ARV. Entretanto, neste estudo, uma relação próxima foi encontrada entre os relatos dos pacientes acerca da adesão nos quatro dias anteriores e as medidas plasmáticas (DUONG, 2001).

A seguir, os Quadros 3 e 4 apresentam os principais métodos de avaliação indiretos e diretos de adesão à farmacoterapia, bem como suas vantagens e desvantagens.

Quadro 3. Métodos indiretos de medida da adesão à farmacoterapia.

Métodos	Vantagens	Desvantagens
Questionário (entrevista direta por autorrelato)	Fácil; baixo custo; flexível; exige pouco tempo; depende de pouco <i>staff</i> e, em especial no contexto clínico; sinaliza indícios sobre a barreira de adesão: <i>proporciona escuta e discussão acerca dos motivos e dificuldades relativas às doses perdidas e possíveis soluções.</i>	Comparação dos resultados de estudos que usam autorrelato devido às diferenças nos métodos; superestima a taxa real de adesão.
Opinião do médico	Fácil; barata; e frequentemente de alta especificidade.	Baixa sensibilidade e superestima aderência total.
Diário do paciente	Permite a simples correlação com eventos externos e/ou efeito do remédio.	Nem sempre é possível obter a cooperação do paciente com a documentação completa e consistente.
Contagem de comprimidos	Fornecer a taxa média de adesão ao tratamento com ARV.	Fácil do paciente subverter os dados por manipulação e difícil colaboração com o retorno dos frascos.
Registro de dispensação pela farmácia	Fornecer taxa média de adesão; proporciona indícios sobre a intenção de aderir do paciente; em caso de doenças com notificação obrigatória e dispensação centralizada (modelo brasileiro), como em HIV/AIDS, torna-se de grande aplicabilidade prática; e de baixo custo;	Trabalhoso; requer sistemas de informação acurados, preferencialmente programas informatizados e de centralização dos registros; depende de um suporte logístico sem rupturas de estoque nas farmácias.
Resposta clínica	Fácil; e barata.	A resposta clínica não pode ser baseada apenas na aderência, devido às particularidades fisiológicas do paciente.
Monitorização eletrônica da medicação	Avalia tanto a taxa média quanto a dinâmica da aderência; e não está sujeita à manipulação pelo paciente.	Muito cara; requer o retorno pelo paciente dos frascos especiais; e exige análise pelo computador dos dados acumulados.

Fonte: Adaptado de OIGMAN (2006); POLEJACK et al., (2010); SANTOS et al, (2013).

Quadro 4. Métodos Diretos de medida da adesão à farmacoterapia.

Métodos	Vantagens	Desvantagens
Análise biológica	Permite a determinação da concentração do medicamento no paciente.	A análise quantitativa nem sempre é disponível; é dispendiosa; requer amostras de diferentes fluídos do organismo; e pode ser afetada por fatores biológicos.
Composto traçador	Permite a análise semi-quantitativa do estado fixo do medicamento.	Nem sempre é fácil de combinar o traçador com o índice do medicamento a ser aferido; requer amostragem de fluídos corporais (sangue, urina); e gera conflito ético.

Fonte: Adaptado de OIGMAN (2006); POLEJACK et al., (2010); SANTOS et al, (2013).

1.2.2.5. ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL: *a grande questão*

1.2.2.5.1. A Política Brasileira de acesso aos antirretrovirais: *uma conquista*

Segundo uma das últimas publicações do Ministério da Saúde neste tema (BRASIL, 2010a), a adesão ao tratamento ARV no Brasil, pela importância e complexidade das questões que envolvem, requer uma abordagem ampla, que transcenda sua dimensão estritamente assistencial e que permita examiná-la à luz do conjunto das políticas públicas de enfrentamento da epidemia.

A Constituição Brasileira de 1988 estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado. Fundamentada nesse contexto, em 1996 foi editada a Lei nº 9.313/96 (BRASIL, 1996), garantindo a distribuição gratuita dos medicamentos ARV no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde então, tem sido ampliado o acesso gratuito ao diagnóstico com HIV e, conseqüentemente, ao tratamento da AIDS.

Em 1991, inicia-se a implantação da política de dispensação de medicamentos ARV no Brasil com a disponibilização do medicamento zidovudina – AZT (GRANGEIRO, 2006). Em 2001, o Brasil uniu-se aos países membros das Nações Unidas para firmar a Declaração de Compromisso sobre HIV e AIDS, que dispõe sobre as várias áreas de enfrentamento da epidemia. Em 2006, renovou seu compromisso participando da elaboração da Declaração Política que enfatizou a importância do acesso universal até 2010 (BRASIL, 2010d; PEREIRA, 2012).

Esse documento ministerial (BRASIL, 2010a) apresenta alguns indicadores do pioneirismo brasileiro na garantia do acesso aos ARV nestes últimos anos. Estimava-se que até dezembro de 2009, 195.000 PVHIV/AIDS estavam em uso dos ARV. Anualmente, são aproximadamente 33.000 novos casos diagnosticados e notificados por ano (BRASIL, 2010d). No Brasil, o sucesso na luta contra a epidemia da AIDS é traduzido pela queda dos índices de mortalidade e morbidade, a partir de 1996. Além disso, é sustentado pela organização da rede de serviços, pela disponibilização gratuita de medicamentos ARV e pelas ações de prevenção desenvolvidas. Isso foi uma conquista do governo, da sociedade civil organizada e dos profissionais de saúde envolvidos com o enfrentamento da epidemia.

O departamento de DST, AIDS e hepatites virais se responsabiliza pela política pública nessa área, orientando o tratamento de indivíduos portadores da infecção pelo HIV e AIDS, apoiando organizações de PVHIV/AIDS, assim como projetos de organismos não governamentais,

e promovendo a adoção de estratégias de melhoria da adesão ao tratamento ARV na rede de serviços de atendimento para portadores de HIV/AIDS (BRASIL, 2010d; HALLAL et al, 2010).

A política de acesso aos ARV adotada pelo Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS) do Ministério da Saúde tem implementado medidas importantes para definir parâmetros para o tratamento e monitoramento das PVHIV/AIDS, através da instituição de comitês assessores (GRANGEIRO, 2006) que elaboram as recomendações técnicas consensuais, conhecidas como Consensos Terapêuticos. Essas recomendações são revisadas periodicamente e se fundamentam em diretrizes preconizadas internacionalmente com base em práticas clínicas baseadas em evidências como ferramenta metodológica, realizadas através da revisão dos mais significantes ensaios clínicos publicados no campo da TARV (BRASIL, 2008a; CAMPOS, 2009; BRASIL, 2010d; HALLAL et al., 2010; PEREIRA, 2012).

O Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a adotar uma política pública de acesso à TARV (BRASIL, 2010b). A atuação brasileira no tratamento da doença se destacou por seu pioneirismo no plano internacional e demonstrou ser possível atuar na dinâmica dos preços dos medicamentos no mercado global. Ao incentivar debates públicos sobre o assunto e ao divulgar os custos do tratamento nos meios de comunicação, o país apostou na transparência dos preços dos medicamentos nos países em desenvolvimento (NUNN et al., 2009). Desde a década de 80, o país tem implementado campanhas educativas e de prevenção, incluindo a distribuição de preservativos no âmbito nacional, bem como campanhas direcionadas a populações vulneráveis, tais como profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis e homens que fazem sexo com homens.

A organização da rede de serviços de referência no Brasil teve um papel histórico no manejo clínico da infecção pelo HIV, com grande impacto na sobrevivência dos pacientes. Essa rede conta atualmente com 675 Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM), 735 unidades de referência para o tratamento (Serviços de Assistência Especializada - SAE), 434 hospitais de referência, 79 hospitais-dia e 54 unidades de atendimento domiciliar terapêutico, em um total de 1.310 serviços (BRASIL, 2010a). Conta ainda com uma rede de laboratórios que fornece aconselhamento e testagem em 426 unidades (Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA), além de exames como a contagem de CD4, carga viral e genotipagem do HIV. O processo de gerenciamento da rede é realizado pelos estados e municípios e a sua sustentabilidade é garantida integralmente por recursos públicos (HALLAL et al., 2010).

O CTA é a referência da rede de saúde para aconselhamento e testagem de HIV, sífilis e hepatites B e C, principalmente para populações vulneráveis. O SAE é o serviço preferencial para o acompanhamento das pessoas que vivem com HIV. É composto por equipes multidisciplinares responsáveis por prestar atenção e cuidado aos pacientes e pelo monitoramento da infecção (HALLAL et al, 2010).

As UDM, compostas por farmacêuticos e dispensadores de medicamentos, têm como principal atribuição a dispensação de ARV e seu controle logístico. Utiliza, para seu gerenciamento, o sistema operacional SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (HALLAL et al., 2010; BRASIL, 2010b). O SICLOM foi concebido “com o objetivo de analisar e controlar as prescrições médicas de acordo com as recomendações técnicas do Ministério da Saúde, bem como de controlar as distribuições, dispensações e estoque dos medicamentos para o tratamento da AIDS na rede pública de saúde” (BRASIL, 2010d). Adicionalmente, muitas UDM desenvolvem estratégias de orientação sobre a utilização de ARV, seus efeitos adversos e interações farmacológicas, além de ações voltadas para adesão ao tratamento (HALLAL et al., 2010).

O acesso universal ao tratamento, aos exames de monitoramento e aos insumos de prevenção é uma importante conquista de sociedade brasileira cuja efetividade demanda um conjunto de ações que proporcionem, além do amplo acesso, a melhor qualidade no tratamento. De acordo com as *Diretrizes para o Fortalecimento das Ações ao Tratamento para Pessoas que Vivem com HIV e AIDS* (BRASIL, 2007), os determinantes do impacto do tratamento são: a precocidade do diagnóstico; acesso e qualidade dos serviços de saúde; situação socioeconômica do usuário; e grau de organização dos serviços que atendem as PVHIV/AIDS (PEREIRA, 2012).

Por outro lado, a resistência às drogas, a falha terapêutica e o alto custo dos medicamentos representam um constante desafio à sustentabilidade do acesso universal. “Atualmente, 5% das pessoas em TARV no Brasil são consideradas multiexperimentadas. A resistência do HIV representa um desafio às estratégias clínicas de prevenção da progressão da doença e inclui também o risco de sua transmissão para outras pessoas” (HALLAL et al.,2010). Delimita-se, então, a importância do aumento das ações de prevenção para reduzir novas infecções e a transmissão da resistência viral, a necessidade do fortalecimento de pesquisas operacionais e o aumento do investimento para a ampliação e diversificação da produção nacional de ARV. (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2012).

1.2.2.5.2. Nova era da terapia antirretroviral: o desafio da adesão persiste

Os resultados obtidos com a TARV de alta potência – a redução progressiva da carga viral e a manutenção e/ou restauração do funcionamento do sistema imunológico – tem sido associados a benefícios na saúde física das pessoas soropositivas e permitido que elas retomem e concretizem seus projetos de vida (BASTOS, 2006). A infecção pelo HIV tem sido considerada de caráter crônico evolutivo e potencialmente controlável, desde o surgimento da TARV combinada e da disponibilização de marcadores biológicos, como CD4+ e carga viral, para o monitoramento de sua progressão (PEREIRA, 2012).

Tais avanços tecnológicos contribuíram de forma bastante positiva para a vida das pessoas que vivem e convivem com o HIV (BRASIL, 2008a). A ampla utilização da TARV altamente ativa resultou na melhora dos indicadores de morbidade, mortalidade e de qualidade de vida dos indivíduos que realizam tratamento para o HIV/AIDS (FONSECA et al, 2012). Por outro lado, contribuiu para o desenvolvimento do perfil crônico-degenerativo assumido pela doença na atualidade (PEREIRA, 2012). Enfrenta-se hoje o grande desafio de encontrar formas de prevenir e tratar uma parcela significativa das PVHIV/AIDS, que vem sofrendo com um dos maiores problemas relacionados à farmacoterapia ARV, os eventos adversos: as dislipidemias (aumento de colesterol e triglicérides), a lipodistrofia (alterações na distribuição da gordura corporal), a resistência periférica a insulina (acarretando aumento do açúcar no sangue) e a acidose metabólica (por disfunção mitocondrial) (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2010d; MAGALHÃES, 2011; BRASIL, 2012).

Nesse contexto, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2010a), as questões relativas ao desenvolvimento de medidas de estímulo à adesão aos serviços e à TARV, além de prioritárias, precisam ser incrementadas e devem constituir objeto de ações contínuas e duradouras. Da mesma forma, torna-se imperativo encontrar meios inovadores e efetivos de abordar a prevenção entre os pacientes com HIV/AIDS e trazê-la para o campo da prática.

Também, as coinfeções com as hepatites B e C e com a tuberculose vêm se transformando em grandes desafios e são, hoje, responsáveis por mortalidade de parte significativa dos pacientes com AIDS (OLIVEIRA, 2013). A adesão ao tratamento é determinante na melhoria da qualidade de vida e na diminuição dos índices de mortalidade, mas constitui hoje um dos maiores desafios na atenção às PVHIV/AIDS (FONSECA, 2012; BRASIL, 2012), uma vez que demanda de seus

usuários mudanças comportamentais, dietéticas, o uso de diversos medicamentos por toda a vida, além da necessidade, por parte dos serviços, de novos arranjos e oferta de atividades específicas em adesão (BRASIL, 2010a).

Outra questão que vem despertando interesse tanto no campo científico (MAGGIOLO et al., 2005) como de forma prática entre os que prestam assistência às PVHIV/AIDS é qual ponto de corte para se obter uma boa adesão à TARV e, conseqüentemente, bons níveis de linfócitos T CD4⁺ e minimização da carga viral. Para JIMÉNEZ (2010), ainda não existe um consenso sobre qual deve ser o grau de adesão para considerar um paciente como aderente ou não aderente. O HIV pode replicar e desenvolver resistência quando os ARV são encontrados em níveis sub-terapêuticos. Já há alguns anos atrás, foi demonstrado que a probabilidade de obtenção de carga viral indetectável aumentava se a adesão fosse sustentada em mais de 90% (KNOBEL et al., 1998).

Posteriormente, houve uma boa correlação entre a carga viral indetectável e adesão maior que 95% (PATERSON et al., 2000; LOW-BEER et al., 2000; BANGSBERG, 2006), de modo que grande parte dos autores desta área classifica como aderente uma PVHIV/AIDS que tenha uma adesão superior ou igual a 95% (CARPENTIER et al, 2000; ESCOBAR et al, 2003;MAGGIOLO et al., 2005; CHEN et al., 2007). Estudos mais recentes indicam que é possível alcançar uma boa resposta terapêutica utilizando ITRNN ou IP até com um nível mais baixo de adesão (MAGGIOLO et al., 2005; BANGSBERG, 2006; NACHEGA et al, 2007; PARIENTI et al, 2008; JIMÉNEZ, 2010). Embasando essa hipótese, o trabalho de NACHEGA et al (2007) revelou que a TARV inicial com base em ITRNN, foi encontrado para cada aumento de 10% na adesão, uma aumento de 10% de pacientes com carga viral indetectável.

1.2.2.5.3. Atuação do farmacêutico na promoção da adesão à terapia antirretroviral: uma ação estratégica

Para que o tratamento seja satisfatório e promova uma melhor qualidade de vida aos pacientes é necessário que haja uma excelente adesão ao tratamento farmacoterapêutico de forma contínua e persistente na maioria dos ARV (RESENDE et al, 2012). Neste sentido, os profissionais da saúde são indispensáveis, atuando de forma multidisciplinar na busca de identificar os principais problemas que podem levar a desfechos negativos no uso dos ARV e, com isso, diminuir a adesão (BRASIL, 2010a). Destaca-se, nesse contexto, o papel do farmacêutico, que através de estratégias, como o serviço de Atenção Farmacêutica (AF), tem a responsabilidade de

fornecer orientações e esclarecimentos sobre os possíveis efeitos adversos, interações farmacológicas e com alimentos e propor um esquema terapêutico de fácil entendimento de acordo com as necessidades de cada paciente (BARRUETA, VALÍN; 2008), proporcionando, assim, um tratamento seguro e eficaz.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b), o farmacêutico desempenha um papel-chave em programas de adesão à farmacoterapia em geral, principalmente em condições crônicas, como em casos de PVHIV/AIDS, em que o efetivo cumprimento da TARV é imprescindível para os desfechos clínicos e humanísticos propostos como, por exemplo, a diminuição da carga viral/elevação do linfócito CD4 e a qualidade de vida, respectivamente. Fatores que influenciam na adesão, como a toxicidade previsível, o esquema terapêutico complexo, os intervalos entre doses e preferências em relação ao esquema de medicamentos, devem ser discutidos em detalhes, em sessões individuais de cada usuário com o farmacêutico (COSTA, 2012).

Os resultados desses atendimentos podem ser relatados à equipe médica e utilizados para criar ou revisar um esquema de TARV de maneira individualizada, através do plano de AFT (JIMÉNEZ, 2010). O farmacêutico poderá fornecer subsídios à equipe multidisciplinar de atenção às PVHIV/AIDS e prever possíveis problemas de segurança farmacoterapêutica, tão frequentes com uso dos ARV e causa comum de abandono do tratamento (MAGALHÃES, 2011; COSTA, 2012). A equipe do cuidado farmacêutico poderá complementar suas ações em saúde com uma intervenção educativa que ratifique a importância do sexo seguro e ofereça ao indivíduo ferramentas de adesão, tais como caixas para comprimidos com divisórias internas (*pill box*), cartões individualizados com o esquema de doses, cronograma das doses diárias ou sistemas de lembretes (ex.: telefônico, associação a alguma atividade diária personalizada), além de informações sobre a doença (BRASIL, 2010b). Deve-se também estar disponível para esclarecer dúvidas que possam ocorrer em qualquer momento do tratamento.

O protocolo de assistência farmacêutica em DST/HIV/AIDS do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b) ressalta o papel estratégico do farmacêutico em prol do fortalecimento da adesão de cada indivíduo através de consultas educativas sistemáticas. Nestas, o farmacêutico terá a oportunidade de perceber e rever a capacidade particular dos usuários de entender os conceitos chave relacionados ao tratamento do HIV e suas interfaces com os fatores relacionados ao cumprimento dos esquemas ARV, e assim, buscar uma pactuação de como devem seguir seu

tratamento. Nesses atendimentos farmacêuticos, a capacidade de entender o esquema ARV, tomar e tolerar os medicamentos, bem como, a resposta virológica do indivíduo, podem ser monitoradas continuamente (RESENDE, 2012).

De acordo com esse documento ministerial, os farmacêuticos são fonte valiosa de informação sobre a adesão, tanto aos usuários sobre seus medicamentos quanto à equipe de assistência à saúde sobre as questões logísticas ou problemas no consumo do medicamento. Além disso, promove a relação do usuário com a sua condição e tratamento e, também, o cuidado quando da presença de outras doenças, mediante o AFT adequado ao seu tratamento e a uma boa resposta imunológica (COSTA, 2012). Os registros de dispensação das Farmácias não devem servir apenas como método para avaliar a adesão, mas podem ser de extrema importância na condução do monitoramento do processo farmacoterapêutico e de gestão clínica (GOMES, 2008b).

Um importante aspecto, nesse contexto, que é destacado no Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/AIDS do MS (BRASIL, 2010b) é a importância que a equipe de Farmácia forneça informações educativas a respeito da infecção pelo HIV antes do início da TARV e reforce essas questões durante os demais momentos da terapia. Cada indivíduo deve estar bem informado sobre o vírus, seu ciclo biológico, os medicamentos a serem utilizados, o modo como estes agem, como estocá-los adequadamente, os efeitos adversos possíveis e as interações com alimentos, medicamentos (SISCA et al, 2009), álcool, outras drogas e plantas.

O indivíduo também deve ter a ciência de que o primeiro tratamento é o que tem a melhor chance de sucesso. Essas informações devem ser transmitidas em linguagem acessível, levando em consideração seu grau de instrução ou nível de entendimento (ALMEIDA, VIEIRA, 2010). Uma vez iniciada a TARV potente, a adesão do paciente deve ser avaliada a cada novo encontro para averiguar se existem obstáculos afetando o nível de adesão (BONOLO, 2007). Conversas frequentes sobre o tratamento e apoio, tanto dos dispensadores como dos farmacêuticos e outros membros da equipe, poderão conduzir à identificação, prevenção e amenização de problemas que surgem entre uma visita e outra (MORIEL, 2011).

MAGALHÃES (2011) refere que as primeiras semanas após o início da TARV costumam ser críticas. Os efeitos adversos dos medicamentos, principalmente os gastrintestinais são sabidamente mais frequentes nesse período. Os pacientes podem criar expectativas negativas quanto à ocorrência desses efeitos adversos e, não raramente, podem desenvolver sintomas de ansiedade. Portanto, no decorrer dessa fase, os pacientes acabam necessitando de encontros

frequentes com os membros da equipe de adesão ou, especificamente, do farmacêutico UDM antirretrovirais.

No dia-a-dia da UDM, pode-se criar estratégias que potencializem a adesão, principalmente nos momentos mais críticos da terapia (início, abandono e mudança de esquema). O estabelecimento de um plano de tratamento é uma ferramenta que o farmacêutico pode usar e que facilitaria muito a adesão, segundo MOLINO et al (2014). Nesse plano de tratamento, deve-se incluir na descrição do esquema proposto, informações sobre os possíveis eventos adversos, assim como uma sugestão de condutas frente à sua ocorrência, incluindo orientações durante a dispensação (BRASIL, 2010b).

Em resumo, em uma concepção ampliada, a adesão à TARV pode ser entendida como o resultado do processo de decisão compartilhada entre o paciente e os profissionais de saúde que o assistem, como o farmacêutico (ROMEU et al., 2012). É fruto do estímulo à autonomia para o autocuidado e do estabelecimento de uma aliança terapêutica permanente, na qual são reconhecidas não apenas as responsabilidades específicas do paciente, mas também de todos os que estão envolvidos no tratamento. Para atingir o sucesso, a adesão deve ser entendida como uma atividade conjunta na qual o paciente não apenas obedece às orientações dos profissionais de saúde, mas as entende, concorda e segue (VITÓRIA, 2004).

Se, por um lado, as conquistas decorrentes da TARV deram à AIDS um caráter crônico, e possibilitou aos portadores de HIV/AIDS sua reinserção social e retorno à vida profissional e afetiva, por outro, o tratamento representa um grande desafio aos serviços, profissionais da saúde e pacientes (SADALA et al., 2006; RODRIGUES et al., 2010). Manter um alto índice de adesão exige que todos os envolvidos busquem constantemente as melhores estratégias para facilitar o enfrentamento das dificuldades encontradas no emprego da TARV, sendo uma dessas estratégias a ser agregada à atenção farmacêutica (MOLINO et al, 2014).

1.3. ATENÇÃO FARMACÊUTICA

1.3.1. ATENÇÃO FARMACÊUTICA: *aspectos histórico-conceituais*

1.3.1.1. *As mudanças na prática da profissão farmacêutica*

Segundo os relatos de PEREIRA, FREITAS (2008), a profissão farmacêutica, como todas as outras profissões, vem sofrendo transformações ao longo do tempo. Essas transformações foram desencadeadas pelo desenvolvimento e mecanização da indústria farmacêutica, aliadas à padronização de formulações para a produção de medicamentos em larga escala e à descoberta de novos fármacos, sempre considerados de eficácia superior pela indústria farmacêutica, como resultado da pesquisa farmacêutica de alta complexidade.

Adiciona-se a estes fatos a evolução das formas farmacêuticas, remodelando ações terapêuticas de fármacos. Estes avanços levaram à quase obsolescência os laboratórios magistrais das farmácias, até então atividade primária do farmacêutico definida pela sociedade e pelo âmbito profissional (FREITAS *et al.*, 2002). Diante desta condição tecnológica mais avançada, o farmacêutico na farmácia, passou a ser visto pela sociedade como um mero vendedor de medicamentos.

A insatisfação provocada por esta condição levou, na década de 1960, estudantes e professores da Universidade de São Francisco (EUA) à profunda reflexão, a qual resultou no Movimento denominado “Farmácia Clínica”. Esta nova atividade objetivava a aproximação do farmacêutico ao paciente e à equipe de saúde, possibilitando o desenvolvimento de habilidades relacionadas à farmacoterapia (MENEZES, 2000). Após o movimento da Farmácia Clínica, em meados da década de 1970, alguns autores se empenharam em redefinir o papel do farmacêutico em relação ao paciente, pois, segundo eles, a Farmácia Clínica estava restrita ao ambiente hospitalar e voltada principalmente para a análise da farmacoterapia dos pacientes, sendo que o farmacêutico ficava próximo apenas à equipe de saúde (PEREIRA, FREITAS, 2008).

Dessa forma, visando nortear e estender a atuação do profissional farmacêutico para as ações de atenção primária em saúde, tendo o medicamento como insumo estratégico e o paciente como foco principal, MIKEL *et al.* (1975) iniciaram a construção inconsciente do conceito de Atenção Farmacêutica, que só viria a receber essa terminologia no final da década de 1980. Nesse

artigo, os autores afirmavam que o farmacêutico deveria prestar “*a atenção que um dado paciente requer e recebe com garantias do uso seguro e racional dos medicamentos*”.

Posteriormente, a definição proposta por MIKEL *et al.*(1975) foi ampliada e adaptada por BRODIE, PARISH E POSTON (1980), que sugeriu incorporar a ela que o farmacêutico deveria oferecer e realizar todos os serviços necessários para um tratamento farmacoterapêutico eficaz. HEPLER (1987) ampliou a abrangência dos conceitos publicados anteriormente definindo que, durante o processo de atendimento farmacêutico, deveria haver uma relação conveniente entre o profissional e o paciente, sendo o primeiro responsável pelo controle no uso dos medicamentos por meio de seu conhecimento e habilidade (SOUZA et al., 2010).

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. No artigo destes dois autores americanos foi sugerido como definição que “*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*”. Este é o marco conceitual (ZANGHELINI et al., 2013) e foi discutido, aceito e ampliado, na reunião de *experts* da Organização Mundial de Saúde (OMS), realizada em Tóquio (REIS, 2005).

Nessa reunião, foi definido o papel chave do farmacêutico: “*estender o caráter de beneficiário da Atenção Farmacêutica ao público, em seu conjunto e reconhecer, deste modo, o farmacêutico como dispensador da atenção sanitária que pode participar, ativamente, na prevenção das doenças e da promoção da saúde, junto com outros membros da equipe sanitária*” (OMS, 1994). Ainda na declaração de Tokio, a OMS ampliou esse conceito de Hepler & Strand, incluindo não apenas as preocupações do farmacêutico com a prevenção, identificação e resolução de problemas farmacoterapêuticos, mas também aquelas relacionadas com a prevenção de doenças e promoção da saúde no âmbito comunitário (OMS, 1993). Dessa forma, a AF passou a ser considerada por essa entidade como uma “atitude profissional” que todo farmacêutico deve adotar em sua prática diária, nas atividades dirigidas aos pacientes (FREITAS et al, 2006).

Após vivências e aprendizado nos EUA, principalmente no Projeto Minnessota captaneado pelos professores Hepler e Strand, docentes e farmacêuticos elaboraram na Espanha o termo “*Atención Farmacéutica*”, com o desenvolvimento de modelo de seguimento farmacoterapêutico, denominado Método Dáder, criado por um grupo de investigação em Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada (Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica Universidad de

Granada, 2014). Nesse país, também foram realizados Consensos para definir conceitos, modelos de acompanhamento e classificar Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM) (DADER et al, 2008). O termo Atenção Farmacêutica foi adotado e oficializado no Brasil, a partir de discussões lideradas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), OMS, MS, entre outros que culminaram em uma proposta de Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (OPAS, 2002).

Nesse encontro, foram reunidos renomados farmacêuticos da área acadêmica, dos serviços públicos e privados e instituições de classe para discutir os pilares filosóficos e conceituais desta prática clínica a ser implantada no país (REIS, 2005). Então, foi consensualizado o conceito de Atenção Farmacêutica para o país, bem como foram definidos nestas oficinas os macro componentes da prática profissional para o exercício da Atenção Farmacêutica que são: *educação em saúde* (promoção do uso racional de medicamentos), *orientação farmacêutica*, *dispensação de medicamentos*, *atendimento farmacêutico*, *acompanhamento farmacoterapêutico* e *registro sistemático das atividades* (OPAS, 2002; SILVEIRA, 2010).

Resgatando CIPOLLE, STRAND, MORLEY (2000), alguns dos precursores deste olhar clínico-assistencial para a atuação do farmacêutico, delinearam que a AF tem como base filosófica e operacional a provisão responsável da farmacoterapia com o propósito de alcançar resultados concretos em resposta à terapêutica prescrita, que melhorem a qualidade de vida do paciente, de forma individualizada e compartilhada (ZANGHELINI et al., 2013). Busca prevenir ou resolver os problemas farmacoterapêuticos de maneira sistematizada e documentada. Além disso, envolve o acompanhamento do paciente com dois objetivos principais: a) *responsabilizar-se junto com o paciente para que o medicamento prescrito seja seguro e eficaz, na posologia correta e resulte no efeito terapêutico desejado*; b) *atentar para que, ao longo do tratamento, as reações adversas aos medicamentos sejam as mínimas possíveis e quando surgirem, que possam ser resolvidas imediatamente*. Enfim, é um conceito de prática profissional em que o usuário do medicamento é o mais importante beneficiário das ações do farmacêutico, o centro de sua atenção (PEREIRA, FREITAS; 2008).

A AF mais proativa rejeita a terapêutica de sistemas e visão fragmentada do processo assistencial (CORRER et al, 2011), busca a qualidade de vida (OPAS, 2002) e demanda que o farmacêutico seja um generalista. Trata-se de um pacto social pelo atendimento e necessita ter base filosófica sedimentada. O exercício profissional do farmacêutico hoje busca a concepção clínica de

sua atividade, além da integração e colaboração com os membros da equipe de saúde, cuidando diretamente de cada indivíduo (PERETTA, CICCIA, 1998; AMBIEL et al, 2013).

Por outro prisma, FREITAS et al (2006) dissertam que a prática da AF surgiu não para resgatar uma profissão e estabelecer pautas profissionais mais concretas que satisfaçam os interesses da categoria, mas para atender a uma demanda social específica, que requer de um profissional com habilidades e conhecimento. Pode-se constatar que, frequentemente, o “paciente” - foco principal da AF – permanece como uma abstração, uma mera estatística na maior parte das atividades realizadas no cotidiano dessa profissão.

De fato, o farmacêutico raramente estabelece uma relação face a face com ele e, quando o faz, nem sempre se baseia nos princípios humanísticos previstos pela filosofia da AF preconizados anteriormente por CIPOLLE, STRAND, MORLEY (1998). As atividades relacionadas à dispensação de medicamentos e aquelas de caráter administrativo, desenvolvidas por farmacêuticos no cenário hospitalar, embora sejam igualmente significativas e necessárias, são práticas diferentes da AF, embasadas cada qual em filosofias próprias e sistemas de gestão distintos. Agrupá-las, pois, sob a mesma égide poderia nos levar a incorrer em ambiguidades e indefinições que em nada contribuem para o bem e evolução da profissão ou da sociedade (FREITAS et al., 2006).

1.3.1.2. Atenção Farmacêutica: Necessidade Social e Profissional

De acordo com FREITAS et al (2006), após o advento dos medicamentos industrializados, a variedade de produtos farmacêuticos e a vasta gama de ações farmacológicas que surgiram no mercado fizeram emergir também a necessidade de que alguém, com sólidos conhecimentos profissionais, assumisse a responsabilidade pelo uso necessário, efetivo, seguro e conveniente desses medicamentos (FAUS, 2000; SILVA, VIEIRA, 2004; QUELUZ, LEITE, 2008).

Na atualidade, essa necessidade é ainda mais evidente (FOELLMER et al., 2010). O uso desnecessário, assim como a utilização de fármacos em situações contra-indicadas, expõe os pacientes aos riscos de ocorrência de reações adversas, mascaramento de condições clínicas mais graves e/ou evolutivas, interações medicamentosas e intoxicações, constituindo-se uma causa importante de morbidade e mortalidade (ARRAIS, 2002; CRUZ et al, 2013). A automedicação firmou-se como prática corriqueira e, exercida de maneira inapropriada, pode contribuir para o agravamento deste quadro (BERTO et al., 2009).

Podemos pensá-la como resultado de restrições econômicas e de infraestrutura que dificultam o acesso aos serviços de saúde, como consequência da conversão crescente de fármacos de venda condicionada à prescrição em medicamentos de venda livre ou de uma aceitação cada vez maior de valores ético-culturais fomentadores de uma responsabilidade individualizada para com a atenção à saúde (LOYOLA FILHO, UCHOA; 2002; CRUZ et al., 2013).

Outra questão relevante na atualidade colocada por FAUS (2000) e que tem interface importante na prática do cuidado farmacêutico é a expectativa de vida da população que sofreu um grande aumento nos últimos 50 anos, acompanhada da grande prevalência de enfermidades crônicas (câncer, reumatologias, HIV/AIDS) que levam à utilização de muitos medicamentos e seus fatores relacionados como a dificuldade na adesão continuada, reações adversas, interações medicamentosas, polifarmácia, entre outros (MELCHIOR et al, 2007). Esse cenário deve ser um ponto de reflexão por todos os atores da assistência em saúde, e em específico no Brasil, que desponta como uma das grandes populações geriátricas nas próximas décadas.

Neste sentido, com o envelhecimento populacional, o aumento da prevalência de doenças crônicas e a ampliação da gama de fármacos disponíveis, a farmacoterapia passa a ser a forma de intervenção médica mais frequentemente utilizada na prática profissional. Nessas condições, aumenta-se o risco de aparecimento de efeitos adversos indesejáveis e a prevalência de morbidade e mortalidade pelo uso de medicamentos, além do desperdício de altas cifras de dinheiro. Todos esses fatores aliados ao distanciamento da Farmácia como um estabelecimento de saúde e do farmacêutico como profissional clínico, descaracterizada esta atribuição pela sociedade, tornam a AF um caminho de resgate social (FREITAS et al, 2006) na busca de minimizar os efeitos negativos resultantes da farmacoterapia.

Apesar das diferenças nos sistemas de saúde e na formação dos países, a AF é de nítida necessidade social e profissional e pode ser aplicável para os diferentes sítios. No Brasil, a AF vem sendo discutida e encaminhada junto às instituições de saúde e de educação como uma das diretrizes principais para a redefinição da atividade farmacêutica em nosso país, embora nas condições específicas da realidade brasileira, ainda restam algumas questões a serem enfrentadas na transposição desse referencial, principalmente no SUS, em que a garantia do acesso ao medicamento e seu uso racional ainda se constituem em grandes obstáculos a serem transpostos pelos gestores e profissionais.

Em nosso país, as farmácias perderam seu “status” de estabelecimento de saúde e, ainda, são consideradas estabelecimentos comerciais (setor privado) ou depósitos de medicamentos (setor público), afastando o farmacêutico de sua atividade primária (ANGONESI, 2008). Hoje, o mercado é composto de farmacêuticos com uma atuação fragmentada e uma formação acadêmica tecnicista, estando esses profissionais distantes dos demais integrantes da assim chamada equipe de saúde e dos usuários de medicamentos (FREITAS et al, 2006).

A Farmácia, como profissão, tem sido vista como um conjunto de grupos dissidentes ou nucleares, cada qual voltado e definido pelos respectivos ambientes de trabalho, interesses comerciais, especializações e pontos de vista (CIPOLLE et al., 1998; RAMALHO-DE OLIVEIRA, 2003; REIS, 2005). Ao longo das transformações que sofreu desde a época do boticário, desenvolveu diversas atividades que ampliaram seu papel na sociedade. Entretanto, a profissão ainda não estabeleceu um compromisso social claro que reflita suas responsabilidades na provisão de um serviço clínico direcionado ao bem-estar do paciente (HEPLER, STRAND, 1990; CRUZ et al., 2013).

Para que a Farmácia retorne à atividade de estabelecimento de saúde, desempenhando uma importante função social e tendo o farmacêutico como líder, torna-se necessário, dentre outros aspectos básicos, investir na formação que resulte na melhoria do atendimento e, conseqüentemente, na conscientização da população para o uso correto dos medicamentos (FOELLMER et al., 2010). Para isso, o farmacêutico deve possuir o conhecimento teórico e prático, aliado à habilidade de comunicação nas relações interpessoais (CHAUD et al., 2004) que resulte no desenvolvimento de suas competências clínicas e assistenciais.

Atualmente, a OMS e outras associações farmacêuticas de relevância internacional, consideram que a AF é uma atividade exclusiva do farmacêutico e que este deve tê-la como prioridade para o desenvolvimento pleno de sua profissão (PEREIRA, FREITAS; 2008).

1.3.2. ATENÇÃO FARMACÊUTICA: *seus alicerces filosóficos e conceitos referenciais*

1.3.2.1. *Alicerces filosóficos da Atenção Farmacêutica*

A Atenção Farmacêutica é o componente da prática farmacêutica que envolve o cuidado direto ao paciente (STRAND et al, 1991; BARRUETA et al, 2008; DADER et al, 2008; BERTO et al, 2009; OLIVEIRA et al., 2011; CRUZ et al; 2013). A filosofia dessa prática é um conjunto de

valores que guia os comportamentos e define regras, papéis, relacionamentos e responsabilidades do profissional (CIPPOLE et al, 1998; FREITAS et al; 2006). É ela quem ajuda o profissional a determinar o que é importante para a sua prática diária, estabelecer prioridades e efetuar julgamentos e decisões clínicas.

Consiste em uma série de elementos que se iniciam com o estabelecimento ou a especificação de uma necessidade social. É a satisfação desta condição que justifica sua posição e privilégios na sociedade e que deve estar no centro dessa filosofia (CIPPOLE et al, 2004). No caso da AF, o profissional tem a obrigação social de se esforçar continuamente para reduzir a morbimortalidade relacionada ao uso de medicamentos, responsabilizando-se por atender às necessidades farmacoterapêuticas de seus pacientes (BERTO et al, 2009).

Assim, a primeira premissa filosófica da AF tem como princípio a responsabilidade essencial do farmacêutico na garantia de que toda a terapia medicamentosa do paciente seja apropriadamente indicada para tratar seus problemas de saúde (ZANGHELINI et al., 2013), que os medicamentos utilizados sejam os mais efetivos e mais seguros dentre os disponíveis e que o paciente esteja disposto a utilizá-los como recomendado (CIPPOLE et al, 2004).

Para que essa premissa seja efetivamente aplicada é necessário que o profissional utilize uma abordagem de prática centrada no paciente (CIPPOLE et al, 1998; CORRER et al., 2011). Neste sentido, o indivíduo se torna o principal beneficiário das ações do farmacêutico (FAUS, 2000) que, sob o olhar de SOUZA et al. (2010), deve ser visto como uma pessoa com conhecimento, experiência e princípios essenciais para o cumprimento de sua responsabilidade.

O paciente se torna um companheiro no planejamento de ações relativas à sua saúde e a ele devem caber sempre as decisões finais acerca da sua terapia medicamentosa, já que será ele quem irá vivenciar as consequências desse processo (CIPPOLE et al, 1998). A ênfase nessa abordagem é dada ao respeito e à participação mútua de ambos nas decisões relacionadas à saúde.

Tanto o profissional quanto o paciente são especialistas em seu próprio campo: o primeiro nos assuntos clínicos e no conhecimento técnico e o segundo em sua experiência, sentimentos, medos, esperanças e desejos. Cuidar, nesse contexto, requer que ambas as partes reconheçam e respeitem a área de habilidades do outro (KENNEDY, 2003). Isso é fruto de uma nova visão do paciente, agora capaz e autônomo, com um papel protagônico na relação (MORLEY, 1993; BASCUÑÁN, 2005; SOUZA et al., 2010).

1.3.2.2. *Conceitos referentes à prática da Atenção Farmacêutica*

No Brasil, uma proposta de Consenso de AF foi idealizada pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS, 2002), apresentada na 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, realizada em Brasília, em setembro de 2003, buscou harmonizar os termos fundamentais e conceitos dessa prática. Em 2004, o Ministério da Saúde do Brasil oficializa o conceito de AF para nosso país através da Resolução 338/2004.

Nessa direção, deve-se entender prioritariamente que a AF, além de ter como meta o cuidado centrado nas necessidades farmacoterapêuticas do usuário, também pode ser uma estratégia na promoção de saúde e do uso racional dos medicamentos (Brasil, 2007). Assim, torna-se importante compreender em qual contexto a AF se insere, no caso da Assistência Farmacêutica que a OPAS (2002) define como “conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico, e outros profissionais de saúde, voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto no nível individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional. Envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população”.

No Consenso, são contemplados seis macro-componentes da AF, dentre os quais este estudo é centrado no quinto dos mesmos, a saber: *Acompanhamento Farmacoterapêutico* (AFT), mas também outros são contemplados no desenvolvimento do trabalho, como os aspectos relacionados à promoção de saúde, ao atendimento farmacêutico, orientação farmacêutica, dispensação, bem como elaboração de instrumentos para documentação, registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados, no âmbito do tratamento de pacientes infectados com HIV.

Para o melhor entendimento do presente trabalho, faz-se necessário explicitar os conceitos (OPAS, 2002) referentes ao contexto da AF, como:

1.3.2.2.1. Atenção Farmacêutica: neste estudo admitiu-se conceitualmente este termo ser semelhante a cuidado farmacêutico, resgatando o marco definido por HEPLER, STRAND (1990) da tradução de *Pharmaceutical Care*. No Consenso Brasileiro foi

definida como *“um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-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 dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde”*.

Cabe uma diferenciação conceitual importante nesta área entre AF e Farmácia Clínica. Em relação à última, esta é definida pela Sociedade Europeia de Farmácia Clínica como: *“uma especialidade da área da saúde, que descreve a atividade e o serviço do farmacêutico clínico para desenvolver e promover o uso racional e apropriado dos medicamentos e seus derivados”* (OMS, 1994). Já a Associação Americana dos Farmacêuticos Hospitalares define Farmácia Clínica como: *“Ciência da Saúde, cuja responsabilidade é assegurar, mediante a aplicação de conhecimentos e funções relacionados com o cuidado aos pacientes, que o uso de medicamentos seja seguro, apropriado e que necessita de uma educação especializada e/ou um treinamento estruturado”* (ASHP, 2006).

Para PEREIRA, FREITAS (2008), a formação clínica do profissional farmacêutico torna-se decisiva para o futuro da prática de AF, pois ao adquirir os conhecimentos que embasam os serviços clínicos, o farmacêutico estará apto para realizar AFT completo e de qualidade, avaliando os resultados clínico-laboratoriais dos pacientes e interferindo diretamente na farmacoterapia (FRANÇA FILHO et al., 2008).

Torna-se de fundamental importância ressaltar que além do conhecimento clínico, a AF exige do profissional habilidades (LYRA JR. et al; 2007) e atitudes direcionadas ao manejo das necessidades farmacoterapêuticas de cada paciente (SILVEIRA et al, 2010), bem como na preocupação com as variáveis qualitativas do processo, principalmente aquelas referentes à qualidade de vida e satisfação do usuário (LYRA JR et al., 2005).

Apesar da ampliação e difusão dos conceitos de AF, os autores citados destacam que este movimento não substitui a Farmácia Clínica. Os mesmos ratificam o conceito tanto definido por HEPLER, STRAND (1990) como para o Brasil através da OPAS (2002), em que a AF revela-se

como uma prática, ou seja, uma ferramenta que facilita a interação do farmacêutico com o usuário do sistema de saúde (REIS, 2005), oportunizando um melhor acompanhamento dos pacientes, controlando a farmacoterapia, prevenindo, identificando e solucionando problemas que possam surgir durante esse processo (ELLIS et al., 2000; SORENSEN et al., 2004; HOLLAND et al., 2007; LYRA JR, 2007; TRILLER et al., 2007; HOGG et al, 2009; KHDOUR et al., 2009; OLIVEIRA et al., 2010; TORNERA et al., 2012).

1.3.2.2. Acompanhamento/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 de detecção, da prevenção e da resolução dos problemas relacionados aos medicamentos, de forma sistemática, contínua e documentada com o objetivo de alcançar resultados definidos, buscando a melhoria da qualidade de vida do usuário. A promoção da saúde também é componente da Atenção Farmacêutica, e, ao se fazer o acompanhamento, é imprescindível que se faça também essa promoção. Entende-se por resultado definido a cura, o controle ou o retardamento de uma enfermidade, compreendendo os aspectos referentes à efetividade e segurança”.*

O AFT de um paciente é a principal atividade da AF, sendo considerado o macro-componente estratégico desta prática (JIMÉNEZ, 2011). Este processo é composto de três fases principais: *anamnese farmacêutica, interpretação de dados e processo de orientação*. A utilização da ficha farmacoterapêutica e do acompanhamento do paciente permitem relacionar seus problemas com a administração de medicamentos. É possível que um medicamento seja responsável pelo aparecimento de determinados sintomas e patologias ou ainda a causa de uma complicação da enfermidade. A análise do perfil farmacoterapêutico poderá permitir ao profissional adverti-lo (PAINEL DE CONSENSO, 2002). A promoção da saúde também é componente da AF e, ao fazer o acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes-alvo como os que vivem com HIV/AIDS, é imprescindível que se faça também atividades educativas e prevenção de doenças (PAINEL DE CONSENSO, 2002).

Outro marco conceitual que teve ampla discussão ao longo das últimas décadas, desde sua definição e, principalmente, quanto à sua classificação foi o Problema Relacionado ao

Medicamento (PRM). Neste trabalho, adotamos a proposta conceitual do Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (OPAS, 2002) como definida a seguir:

1.3.2.2.3. Problema Relacionado ao Medicamento (PRM): *“É um problema de saúde, relacionado ou suspeito de estar relacionado à farmacoterapia, que interfere nos resultados terapêuticos e na qualidade de vida do usuário. O PRM é real, quando manifestado, ou potencial, na possibilidade de sua ocorrência. Pode ser ocasionado por diferentes causas, tais como as relacionadas ao sistema de saúde, ao usuário e seus aspectos bio-psico-sociais, às condutas dos profissionais de saúde e aos medicamentos. A identificação de PRM segue os princípios de necessidade, efetividade e segurança, próprios da farmacoterapia”.*

Resgatando uma compreensão histórica desse componente no processo de cuidado farmacêutico, verifica-se que HEPLER, STRAND (1990) definiu inicialmente PRM como “uma experiência indesejável do paciente que esteja envolvida com a farmacoterapia e que interfere real ou potencialmente com os resultados desejados para o paciente”. Neste artigo, os autores apontam as condições necessárias para que um evento possa ser considerado como um PRM. Uma dessas condições é que o evento tenha uma relação comprovada ou suspeita com a farmacoterapia e que afete de forma real ou potencial o estado de saúde do paciente.

A outra premissa necessitou ser esclarecida, uma vez que originalmente havia a necessidade de que o paciente estivesse experimentando uma enfermidade ou sintoma. Na publicação de 1999, este quesito tornou-se mais amplo, ao se admitir não somente a doença e os sintomas, mas também qualquer problema relacionado com aspectos psicológicos, fisiológicos, socioculturais e/ou econômicos (STRAND et al., 1990, 1999; JIMÉNEZ, 2003; REIS, 2005).

A primeira classificação sistemática de PRM, publicada por HEPLER, STRAND (1990), contava com oito categorias e pretendia ser compartimentada de maneira excludente. Isto não foi configurado na prática, uma vez que nessa classificação não havia critérios de agrupamento entre as ditas categorias. CIPOLLE et al. (1998) publicaram uma segunda classificação de PRM com sete categorias, agrupadas em quatro necessidades relacionadas com a farmacoterapia dos pacientes (indicação, efetividade, segurança e comodidade), que emanam de quatro expressões do paciente, a saber: entendimento, expectativas, preocupações e atitudes.

Esta modificação, realizada por CIPOLLE et al. (1998), exclui as interações como categoria de PRM, ao considerá-la inclusa em uma das outras sete categorias. Esses mesmos autores definem PRM como “*qualquer evento indesejável do paciente que envolva ou se suspeita estar envolvido com o tratamento farmacológico e que interfere real ou potencialmente com o resultado desejado do paciente.*” (CIPOLLE et al., 1998; JIMÉNEZ, 2003).

Como consequência dessa modificação proposta por CIPOLLE et al. (1998) e também dos resultados preliminares do estudo TOMCOR, foi proposta uma nova classificação de apenas seis categorias de PRM. Por essa razão, no final do ano de 1998, reuniram-se em Granada (Espanha) 45 profissionais *experts* em AF onde foi produzido o I Consenso de Granada de Problemas Relacionados com Medicamentos (PAINEL DE CONSENSO, 1999).

Essa classificação foi embasada nas três necessidades básicas da classificação anterior relacionadas com a farmacoterapia - *indicação, efetividade e segurança* - que resultaram em seis categorias. O I Consenso de Granada coincide com CIPOLLE et al (1998), em que as interações não são PRM *por si*, mas sim causa de subdoses, sobredoses ou de RAM. Esse consenso também corrobora os descritos de ÁLVAREZ DE TOLEDO et al (1999), em que a adesão não seja um PRM *por si*, mas uma causa de PRM de subdoses, ou, em menor frequência, de sobredoses, no entanto também de necessidade (não-adesão total ao tratamento).

Considerando a ampliação conceitual e, de acordo com os critérios de qualidade de vida relacionados com a saúde, o I Consenso de Granada adota o seguinte conceito de PRM: “*um Problema de Saúde vinculado com a farmacoterapia e que interfere ou pode interferir com os resultados de saúde esperados no paciente*”, entendendo o problema de saúde como “*todo aquele que requer ou pode requerer uma ação por parte do agente de saúde, incluindo do paciente*”. (PAINEL DE CONSENSO, 1999).

ESPEJO et al. (2002) ratificam a proposta de PRM como falhas da farmacoterapia. Para os autores, os PRM têm causas que os condicionam e que estão relacionados com o alguns fatores descritos no Quadro 5.

Quadro 5 – Causas que originam os Problemas Relacionados a Medicamentos.

<i>CAUSAS</i>
• Relacionadas com o paciente
• Relacionadas com o medicamento
• Relacionadas com o prescritor
• Relacionadas com o dispensador
• Relacionadas com o sistema

Fonte: ESPEJO et al., 2002.

Essas causas originarão quaisquer das três categorias principais dos PRM. Estes produzirão consequências no estado de saúde do paciente. As principais consequências dos PRM estão descritas no Quadro 6, a seguir.

Quadro 6 – Consequência dos Problemas Relacionados a Medicamentos.

<i>CONSEQUÊNCIAS</i>
• Aparecimento de um novo problema de saúde
• Controle inefetivo da enfermidade
• Aparecimento de efeitos não desejados

Fonte: ESPEJO et al., 2002.

A partir da publicação desses autores que propagaram a AF e seus pressupostos, principalmente através do Projeto Minnessota nos EUA, vários conceitos e classificações de PRM foram propostos com modificações a partir da categorização inicial sugerida por estes precursores dessa nova prática profissional do farmacêutico (REIS, 2005). Todas as modificações fizeram o Grupo de Investigação em Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada propor um novo consenso de PRM, no final do ano de 2002, na cidade do mesmo nome, onde foi criado um Comitê para o II Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados aos Medicamentos. (PAINEL DE CONSENSO, 2002). Este Comitê fora integrado por três grupos universitários de investigação:

- Grupo de Investigação em Atenção Farmacêutica, da Universidade de Granada.
- Grupo de Investigação em Farmacologia Experimental e Farmacoterapia, da Universidade de Sevilha.
- Grupo de Investigação em Farmacologia, da Universidade de Granada.

O II CONSENSO DE GRANADA (2002), então, define PRM como “*Problema de Saúde, entendido como resultados clínicos negativos, derivados da farmacoterapia que, produzidos por diversas causas, conduzem a não consecução do objetivo terapêutico, ou ao aparecimento de efeitos indesejados*”. O referido consenso estabelece a classificação de PRM em seis categorias que, por sua vez, se agrupam em três classes, como apresenta o Quadro 7.

Quadro 7 - Classificação de problemas relacionados com medicamentos, segundo II Consenso de Granada (2002)

NECESSIDADE
❖ PRM 1: O paciente apresenta um problema de saúde por não utilizar o tratamento farmacológico que necessita.
❖ PRM 2: O paciente exibe um problema de saúde por utilizar um tratamento farmacológico que não necessita.
EFETIVIDADE
❖ PRM 3: O paciente demonstra um problema de saúde por uma inefetividade não quantitativa do tratamento farmacológico.
❖ PRM 4: O paciente traz um problema de saúde por uma inefetividade quantitativa do tratamento farmacológico.
SEGURANÇA
❖ PRM 5: O paciente externa um problema de saúde por uma insegurança não quantitativa do tratamento farmacológico.
❖ PRM 6: O paciente exterioriza um problema de saúde por uma insegurança quantitativa do tratamento farmacológico.

Fonte: II CONSENSO DE GRANADA (2002).

Como pode ser observado, todas as categorias de PRM nessa classificação começam com a frase “*o paciente sofre um problema de saúde em consequência de...*”. Isso decorre do fato de que a classificação foi embasada exclusivamente nos resultados de saúde do paciente relacionados com os medicamentos. Foram incluídos nesse consenso os termos *quantitativo* e *não quantitativo* para

ênfatizar que os PRM dos tipos 3, 4, 5 e 6 são problemas derivados ou não da quantidade utilizada do medicamento (JIMÉNEZ, 2003).

Para MACHUCA et al. (2003), o termo PRM potencial pode ser entendido como um problema que ainda não se manifestou no momento de sua detecção, podendo existir em duas possibilidades:

- ✚ *os que já afetaram a capacidade funcional do paciente, sendo reconhecido por meio de provas diagnósticas e invalidam a reutilização de determinado medicamento em qualquer situação para o paciente; e*
- ✚ *os que podem afetar a capacidade funcional do paciente, sendo necessário, nessa situação, avaliar o risco-benefício da utilização do medicamento.*

As duas situações levam a crer que há a necessidade da monitoração do tratamento por parte do farmacêutico, pois o risco de PRM só é identificado e prevenido por uma completa fase de estudo, tanto dos problemas de saúde do paciente quanto dos seus problemas relacionados aos medicamentos. (MACHUCA, 2003; JIMÉNEZ, 2003; REIS, 2005).

Anos atrás, durante o III Consenso de Granada (PAINEL DE CONSENSO, 2007), foi redefinido e adaptado conceitualmente o termo “acompanhamento farmacoterapêutico” anteriormente apresentado para expressar de forma clara, explícita e inequívoca a atividade que deve prestar o farmacêutico no cuidado ao paciente. Na nova versão há um redimensionamento operacional entre *processo* e *resultado* em relação ao manejo das necessidades farmacoterapêuticas de cada paciente. Isso é feito pela detecção dos PRM - *processo* - para a prevenção e resolução dos *Resultados Negativos* associados aos Medicamentos (RNM).

Esse serviço clínico envolve um compromisso e deve ser fornecido em uma base contínua, sistemática e documentada em colaboração com os demais profissionais do paciente integralizados no sistema saúde, a fim de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida destes. O Consenso ainda declara PRM como "*a causa*" do problema de saúde do paciente e RNM como "*o efeito, o desfecho ou o resultado*" observado no paciente. Torna-se evidente que este novo olhar está destinado a redefinir a orientação prática para a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde que são da responsabilidade do profissional farmacêutico (ARGILAGOS et al., 2008).

No presente trabalho, foi adotada, pelo pesquisador em conjunto com um grupo de especialistas do CEATENF e os farmacêuticos do serviço de atenção às PVHIV/AIDS, a

classificação dos PRM de acordo com o II Consenso de Granada, em função da maior familiaridade dos envolvidos no projeto com este método, da maior difusão na literatura, sendo considerado também o mais prático e operacional do que a forma de classificação proposta no III Consenso.

1.3.2.2.4. Intervenção Farmacêutica (IF): *“É um ato planejado, documentado e realizado junto ao usuário e aos profissionais de saúde que visa resolver ou prevenir problemas que interferem ou podem interferir na farmacoterapia, sendo parte integrante do processo de acompanhamento/seguimento farmacoterapêutico”.*

A AF pressupõe condutas do farmacêutico que correspondem às Intervenções em Saúde (IS), que incluem a IF, como um aspecto do AFT. (OPAS, 2002). Ressalta-se que as intervenções que envolvem alterações como substituição, suspensão, mudanças de dosagem/posológicas dos medicamentos e afins só podem ser processadas pelo paciente após uma discussão prévia com o médico assistente que prescreveu e com sua plena concordância.

Outro importante conceito a ser apresentado neste âmbito é de o de dispensação de medicamentos, um dos serviços farmacêuticos mais demandados pela população (CORRER et al., 2011), mas que necessita de estratégias no campo político e profissional para sua correta execução. Assim como alertado por SANTOS et al., desde 1993, e ratificado por ANGONESI (2008); (MINAS GERAIS, 2009), o serviço de dispensação deve deixar de ser tratado como um ato de entrega de um produto desprovido de sua função técnica e profissional.

Neste estudo, adotou-se a definição da Política Nacional de Medicamentos (PNM) de 1998 através da Portaria nº 3916 do Ministério da Saúde, cujo propósito é “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais” (BRASIL, 1998).

Nesta regulamentação, conceitua-se a dispensação como: *“um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos”* (BRASIL, 1998).

A dispensação é um ato profissional complexo e deve ser considerada como suporte para realizar atividades de AFT (OPAS, 2002). É importante que o farmacêutico/dispensador tenha uma postura ativa ao dispensar o medicamento e que, esse ato, ocorra em condições adequadas, de acordo com as normas legais vigentes (BRASIL, 2010).

Nesse macro-componente da AF, o farmacêutico deve atender a todos os usuários de forma ágil e eficiente, prestando orientações-chave para o uso racional dos medicamentos e detectando situações de risco ou de ocorrência de PRM (LIMA-DELLAMORA et al., 2012).

Entretanto, devido ao tempo reduzido de atendimento, às condições estruturais não ideais, à alta demanda pacientes e ao baixo número de profissionais, na maioria dos casos, no atual modelo de dispensação não há condições de se realizar um detalhado AFT e, assim, o farmacêutico deve escolher os pacientes-alvo. (ANGONESI, 2008; MINAS GERAIS; 2009).

1.3.2.3. ATENÇÃO FARMACÊUTICA: *métodos operacionais, gestão do processo e do resultado*

YOKOYAMA et al (2011) ratifica que, uma vez definida a AF como um serviço clínico sistemático, contínuo e que requer documentação e registro, há a nítida compreensão da necessidade de um método de trabalho na execução do cuidado ao paciente. Esta atividade prática direciona o foco do farmacêutico nas necessidades relacionadas à farmacoterapia e nos problemas de saúde (relacionados a ela) dos pacientes e tem sido estimulada em farmacêuticos de todo o mundo. No entanto, diferentes formas de praticar o cuidado farmacêutico têm sido desenvolvidas e verificadas em diversos cenários, não havendo um padrão universal quanto ao método (BJORKMAN et al, 2008).

Como exemplo de métodos de acompanhamento de pacientes na prática do cuidado farmacêutico mais amplamente usados tem-se: **PWDT** (*Pharmacist's Workup of Drug Therapy*) oriundo da pioneira escola americana de Hepler, Strand (1990); **TOM** (*Therapeutical Outcomes Monitoring*); **DOT** (*Direct Observed Treatment*); **FARM** (*Finds, Assessment, Resolution, Monitoring*); **SOAP** (*Subject, Objective, Assessment, Plans*); a escola espanhola do Método **Dáder**, entre outras (CELS et al., 2000; REIS, 2005; BJORKMAN et al., 2008). Sumarizadamente, todas elas se baseiam na análise do estado em que um determinado paciente está, ou deveria estar, sob determinado tratamento farmacológico em relação a um problema de saúde que sofre.

Após a avaliação deste “*estado de situação*”, o farmacêutico deve estabelecer um plano de ações para melhorar os resultados dessa estratégia terapêutica mediante uma série de IF (CELS et al., 2000; CEARA, 2003; DADER, 2008). Essas ferramentas de AFT apresentam mais semelhanças que divergências que se concentram principalmente na classificação dos PRM (PEREIRA et al, 2008; BJORKMAN et al, 2008). As diferenças estão praticamente nos meios de acompanhamento e formulários para sistematização das informações obtidas (GILBERT et al, 2002; REIS, 2005).

No presente estudo foi escolhido o Método Dáder (2008), oriundo da Universidade de Granada, que é constituído de sete fases como ilustrado na Figura 2. A primeira fase é: *1. Oferta do serviço* na qual o farmacêutico se apresenta, bem como seu papel durante o AFT e, caso o paciente aceite ser acompanhado, é programada a próxima fase, solicitando que o mesmo traga consigo sua sacola de medicamentos caseiros; *2. Entrevista inicial*, que inicia com uma questão aberta sobre os problemas de saúde que mais preocupam o paciente no momento e sobre PRM. Realiza-se a anamnese farmacêutica com a avaliação da sacola de medicamentos, buscando identificar e registrar como eles estão sendo usados para subsidiar a análise da farmacoterapia. *3. Estado de situação* - a partir das informações coletadas, elabora-se uma análise situacional com conseqüente; *4. Fase de estudo* dos medicamentos prescritos e, caso haja automedicação, uma *5. Avaliação global* é realizada para identificar, prevenir e resolver os PRM. Uma vez detectado um problema, realiza-se a *6. Fase de Intervenção*, para que sejam alcançados os resultados propostos no plano farmacoterapêutico e, de forma sistemática e contínua, são realizadas as *7. Avaliações dos resultados para gestão clínica do processo de AFT* e ajustes necessários são feitos.

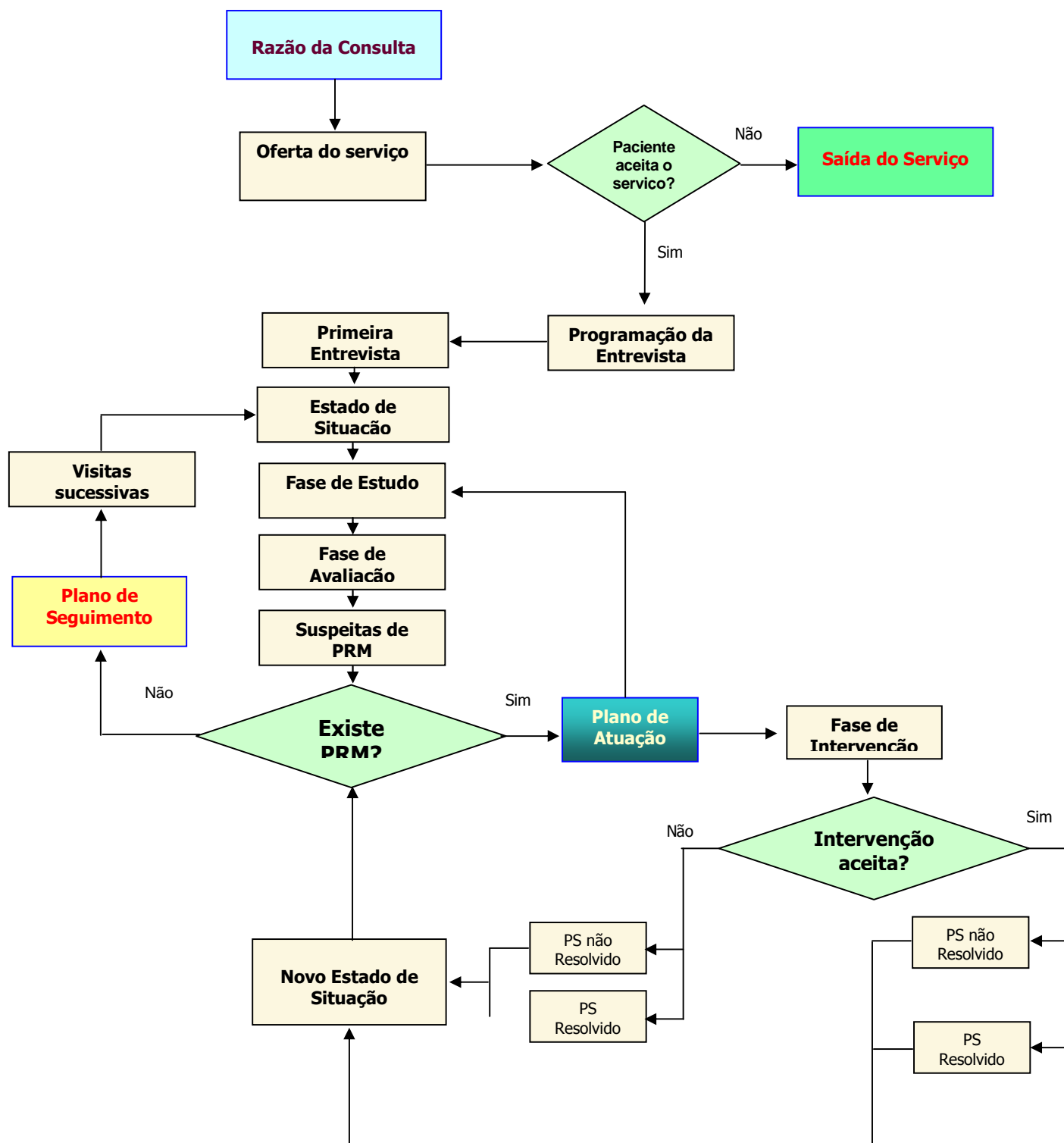


Figura 2 – Fluxograma sumarizado das sete fases do Método Dáder de AFT, oriundo da Universidade de Granada
 Fonte: Dáder (2008) .

1.3.2.4. ESTRUTURAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA: *etapa inicial*

Na última década, a morbimortalidade relacionada aos medicamentos tem sido reconhecida como um dos preocupantes fatores de risco para a saúde da população (LLIMÓS, FAUS, 2003; BERGER, EICKHOFF; 2005). Nos Estados Unidos da América, onde esses dados são obtidos com maior acurácia que no Brasil, os medicamentos foram responsáveis por cerca de 10% das internações hospitalares e os custos com os problemas de saúde associados aos medicamentos triplicaram, ultrapassando os US\$ 177 bilhões da década passada (CERULLI; 2001). Na Espanha, estudos mostram que entre 0,45 e 26% das admissões hospitalares são provocadas por diferentes tipos de PRM (MARTÍNEZ; 2007; REGIDOR *et al*; 2011; COSTA *et al.*, 2012).

Já em nosso país, de acordo com COSTA *et al* (2012), sabe-se que os medicamentos ocupam as primeiras posições entre os causadores de intoxicações desde 1996 (LYRA JR. *et al*, 2007; Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas, 2009).

Assim, torna-se evidente e mandatória a implantação de estratégias que busquem a minimização do uso irracional dos medicamentos, bem como a promoção de saúde para uma melhor qualidade de vida, concomitantemente. Neste sentido, a implantação da AF aparece como uma alternativa viável e com boa eficiência nos diferentes cenários de prática farmacêutica (COSTA *et al*, 2012).

A implantação de um Serviço de Atenção Farmacêutica requer um planejamento efetivo em diferentes etapas e deve ser um processo estruturado para o monitoramento de pacientes-alvo (MINAS GERAIS, 2009). Devem ser dimensionadas as questões relacionadas ao material organizacional do processo de registro (Ficha de Acompanhamento Farmacoterapêutico (FAFT), folders educacionais, fichas de agendamento, carta de contra-referenciamento farmacêutico, guia de adesão para o paciente, outros); ao planejamento e à aquisição da infraestrutura básica (mobiliário, material de expediente, computadores, telefone, outros); e à sensibilização dos profissionais na estratégia de captação de pacientes com a definição de indicadores de estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1998; FILHO *et al*, 2008).

Dessa forma, torna-se possível a execução adequada das atividades clínicas e um bom manejo na relação farmacêutico-paciente, com o fornecimento de orientação quando da detecção de Reações Adversas a Medicamentos (RAM), interações medicamentosas, dúvidas posológicas,

entre outras ações clínicas que visem o uso racional e seguro dos medicamentos (SOUZA, PORTO, LYRA JR.; 2011).

Assim, ter um ambiente no qual o paciente possa se sentir confortável e ter sua confidencialidade preservada é imprescindível para que esta relação seja estabelecida (BRASIL, 2010), em especial quando se tem uma clientela como as PVHIV/AIDS que ainda possuem uma questão estigmatizante sobre a doença. Ainda sobre esses usuários, em especial, no caso das UDM de ARV, o Ministério da Saúde, através do Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/AIDS - Recomendações do Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica (2010) - destaca a importância da estruturação de um ambiente com condições técnicas de confiança e sigilo para um estabelecimento efetivo da relação entre profissionais e PVHIV/AIDS.

No entanto, a oferta de serviços clínicos farmacêuticos através de Unidades de Cuidados Farmacêuticos ainda não se tornou uma realidade em nosso país (PEREIRA, FREITAS, 2008). OLIVEIRA et al (2010) relatam que em meio às inúmeras necessidades e demandas, a estruturação da AF parece não ser considerada prioritária na disputa por recursos nos orçamentos de saúde. Para esses autores, talvez sua importância ainda não esteja explicitada para a maioria dos gestores – realidade constatada pelas condições físicas e de recursos humanos de muitas farmácias das unidades de saúde do país. VIERA (2007) corrobora com esse pensamento e diz que na maioria dos serviços de saúde, as Farmácias geralmente ocupam espaços pequenos, sem condições mínimas necessárias para o armazenamento de medicamentos e orientação. Ainda cita que a dispensação é feita por trabalhadores sem capacitação, e muitas vezes existem grades separando o usuário do profissional que faz o atendimento, descaracterizando a humanização do serviço.

1.3.2.5. O Papel da Atenção Farmacêutica na promoção do Uso Racional de Medicamentos: *otimizando a assistência*

A crescente complexidade do tratamento farmacológico dos pacientes conduziu a uma mudança de paradigma na atuação do farmacêutico (LÓPEZ-CUELLO et al, 2010). As atividades incluíram aspectos enfatizando não mais o medicamento como alvo maior, mas o *usuário* desse insumo com todas as questões particularizadas que isto envolve (TORNERA et al., 2012). Para tanto, a AF apresenta-se como uma ferramenta estratégica para a promoção do uso racional de medicamentos, com o cuidado focado nas necessidades farmacoterapêuticas, através de metas no

tratamento medicamentoso/estilo de vida e se co-responsabilizando pelos resultados definidos na saúde de cada indivíduo. A literatura relata que o farmacêutico é um elemento fundamental para a equipe de cuidados de saúde de pacientes, especialmente aqueles que são afetados por doenças crônicas como os infectados por HIV, hipertensão, diabetes, outros (SHANE et al., 2005; SILVEIRA, 2009).

O impacto clínico, econômico e na qualidade de vida dessas doenças é alto, devido às altas taxas morbidade e mortalidade (CARVALHO, 2007). O farmacêutico, dada a sua fácil acessibilidade ao paciente na cadeia de assistência, pode desempenhar um importante papel no monitoramento da terapia medicamentosa através da AF (GILLESPIE et al., 2009). Vários estudos em diferentes cenários de prática farmacêutica (hospitalar, ambulatorial, *home care*, comunitária) avaliaram a eficácia dos desfechos de pacientes em acompanhamento nos Serviços de AF, mas os resultados são muito diferentes, principalmente devido ao tipo de sujeitos que tenham realizado o estudo adequado à metodologia, do número de pacientes avaliados e da natureza da intervenção (VARMA et al; 1999), (ELLIS et al; 2000), (CARTER et al; 2001),(WEINBERGER M. et al; 2002), (KRSKA J. et al; 2001), (NAZARETH I. et al; 2001), (TAYLOR et al; 2003),(SORENSEN et al; 2004),(LOPEZ-CABEZAS C. et al; 2006), (FORNOS JA et al; 2006), (VIKTIL K.K. et al; 2006),(TRILLER. et al; 2007), (HOLLAND et al; 2007), (LENAGHAN et al; 2007), (HOGG et al; 2009), (KHDOUR et al; 2009), (MAKOWSKY et al; 2009).

No geral, esses estudos mostram uma melhora significativa principalmente em variáveis clínicas nos desfechos intermediários ou substitutos, como ex: nível de pressão arterial, glicemia, valores de linfócitos T CD4⁺ que, em menor proporção mostram, ter impacto em desfechos duros ou finais como readmissões ou mortalidade (HOLLAND et al; 2007), (SORENSEN et al; 2004), (CARTER et al; 2001), (ELLIS et al; 2000),(HOGG et al; 2009), (TRILLER. et al; 2007), (HOLLAND et al; 2007), (LENAGHAN et al; 2007), (KHDOUR et al; 2009), (TAYLOR et al; 2003), (VARMA et al; 1999), (MAKOWSKY et al; 2009), (LOPEZ-CABEZAS et al; 2006), (WEINBERGER M. et al; 2002), (KRSKA J. et al; 2001), (NAZARETH et al; 2001), (FORNOSJA et al; 2006), (VIKTIL. et al;2006), (TORNERA ET al,2012).

Um trabalho de revisão sistemática feito por ELLITT et al (2009) compilou alguns estudos que têm avaliado a AF realizada em diferentes níveis de atenção, caracterizada por uma variedade de objetivos de pesquisa, cenários, características do paciente, tamanhos de amostra, intervenções e resultados. Neste levantamento, dos 21 estudos analisados, 15 relataram resultados

estatisticamente significativos nos desfechos clínicos, humanísticos e econômico. Para TORNERA et al (2012) é necessário incentivar a implantação de Serviços de AF em nosso país e buscar métodos adequados para avaliar o impacto da AF em nosso meio, estabelecendo um modelo de assistência integrada, que possa atuar de maneira reprodutível e viável em outros ambientes.

1.3.3. ATENÇÃO FARMACÊUTICA AOS PACIENTES PORTADORES DO HIV: *Um compromisso social inadiável*

De acordo com VILELA (2003), AIDS é um objeto de estudo complexo, formado por condições simultâneas e seus efeitos sobre o indivíduo infectado com o HIV. Sua formulação, enquanto objeto de conhecimento e de intervenção, exige a participação de diferentes campos do saber, além de diversas dimensões da experiência humana.

A complexidade dessa infecção provoca uma atuação unifocal de cada profissional (farmacêutico, médico, assistente social, enfermeiro, psicólogo, etc.), considerando as peculiaridades bio-psico-sociais do paciente infectado com HIV (VALÍN, 2004), e os desafios para o sucesso da terapia antirretroviral. Neste contexto, a possibilidade de uma abordagem multidisciplinar é considerada uma prioridade (GALLEGO, 2000; BORGES, SAMPAIO, GURGEL; 2012), e os farmacêuticos devem estar cômicos em efetivar sua profissão e em desempenhar um papel-chave no cuidado à pessoa infectada com HIV, rodeado por um emaranhado de dificuldades em um sistema de saúde complexo e na estrutura social, ainda estigmatizante.

Desde 1997, a OMS juntamente com a Federação Farmacêutica Internacional tem reconhecido o papel relevante dos farmacêuticos na luta contra a epidemia da AIDS, o estigma e a discriminação associada à doença, por meio do desenvolvimento de uma boa prática de dispensação, aconselhamento individual, apoio no acompanhamento dos sujeitos e na promoção da adesão (CPA, 2003).

SILVEIRA (2010) refere que, no Brasil, existem estudos sobre a AF para os diferentes tipos de usuários, sendo a maioria para diabéticos e hipertensos. Porém, existem poucos relatos com metodologias validadas e avaliando os desfechos clínicos, humanísticos e de adesão, concomitantemente. Menor ainda é o quantitativo em termos de HIV/AIDS. Este dado não é

restrito ao Brasil, mas ainda é uma área em desenvolvimento no mundo quando comparada às demais. Publicações nesta área concentram a maior parte dos estudos realizados fora do país e são recentes, dos últimos 10 anos, sendo 61% deles realizados nos Estados Unidos (MAYORAL et al., 2005). Na Europa, há bons relatos de estudos de cuidado farmacêutico para PVHIV/AIDS com a análise dos impactos e com a avaliação de indicadores em países onde a AF é bem desenvolvida, como a Espanha.

Publicações europeias destacam que a AF, como uma ferramenta na melhoria da qualidade das informações sobre o esquema terapêutico de pacientes infectados pelo HIV, tem sido apontada como um fundamental mecanismo no melhor uso dos medicamentos (CECCATO et al., 2004; CERDÁ et al., 2005). As intervenções farmacêuticas realizadas em uma clínica para atendimento de PVHIV/AIDS foram analisadas durante um período de quatro anos. A análise relatou que 89% das intervenções foram consideradas clinicamente significativas, sendo que 62% das mesmas contribuiu para o aumento da efetividade do tratamento.

Dentre elas, existiam orientações quanto à adesão do paciente à terapia e ao estabelecimento de programas diários dos regimes terapêuticos, prevenindo os erros nas tomadas dos medicamentos, na identificação e na prevenção de reações adversas aos ARV (GELETKO, POULAKOS, 2002; FARAGON, 2006; CASTILLO et al., 2004).

Em um estudo retrospectivo, avaliaram o impacto de diferentes serviços de AF sobre a adesão à TARV e a resposta da carga viral em 788 pacientes, virgens de tratamento ARV, num período médio de 28 meses. Observaram que uma maior proporção de pacientes (70,4%), apresentando adesão maior que 90%, ocorreu nos serviços onde se encontravam profissionais treinados e experientes para lidar com pacientes infectados pelo HIV que necessitavam de terapia medicamentosa (GOMES, 2008).

CODINA-JANÉ et al. (2004), pesquisadores espanhóis, realizaram um estudo multicêntrico e prospectivo, em uma amostra aleatória de pacientes infectados pelo HIV atendidos em 19 centros de referência. Avaliaram o impacto de um programa de AF dirigido para melhorar a adesão ao TARV, relacionando-o com a evolução virológica e imunológica dos pacientes. Os dados basais de pré-intervenção (carga viral, CD4 e medida da adesão pela contagem de medicamentos) do primeiro trimestre foram comparados com os dados dos outros trimestres, quando foram realizadas as IF.

No estudo destes pesquisadores espanhóis anteriormente citados, observou-se, a partir do segundo trimestre, um aumento significativo da contagem de CD4, uma diminuição da carga viral e um incremento de 4,5% de pacientes com uma adesão maior que 95%. Concluíram que é totalmente necessário o desenvolvimento de programas de adesão que incluam intervenções de forma contínua, sendo a presença do farmacêutico, no momento da dispensação, uma excelente oportunidade que deve ser aproveitada para se relacionar com os pacientes. Além disso, ressaltaram que os serviços de Farmácia devem ser adaptados segundo um mínimo de necessidades estruturais e pessoais que requerem esse tipo de atenção personalizada.

Os efeitos do cuidado farmacêutico para PVHIV/AIDS vêm sendo avaliados em diferentes perspectivas, como clínicas farmacoterapêuticas e humanísticas. CERDÁ et al (2005) encontraram um alto nível de satisfação por parte dos pacientes infectados com o HIV com a unidade de AF a pacientes ambulatoriais, no hospital de Castellon, na Espanha. As médias nesse estudo foram mais altas quanto à valorização do farmacêutico e as mais baixas foram referentes à organização.

Alguns trabalhos têm mostrado que a AF para as PVHIV/AIDS aumenta a adesão aos ARV e traz benefícios clínicos para os pacientes (MCPHERSON-BAKER et al, 2000; NICHOLS-ENGLISH et al, 2000; GELETKO et al, 2002; HADDAD, 2002; ABELLA et al, 2003; SALDANHA et al, 2009), mas são estudos não controlados e com pequeno número de pacientes.

Um exemplo é o trabalho de ABELLA et al. (2003), no qual prestou-se a AF a 10 pacientes HIV-positivos com idade entre 24 e 49 anos durante o período de um ano com o objetivo de aumentar a adesão aos ARV e melhorar o estado nutricional, entre outros. Foram considerados aderentes aqueles que relataram usar de 80% a 100% dos medicamentos prescritos. Como resultados, obtiveram um aumento de 30% da adesão ao tratamento e melhora do estado nutricional em 30% dos pacientes. Os médicos tiveram boa aceitação quanto à intervenção realizada pelo farmacêutico e boa acolhida do paciente aos programas educacionais de saúde.

As intervenções farmacêuticas também tiveram boa aceitação e melhoraram os resultados clínicos e de adesão em um dos únicos ensaios clínicos brasileiros nesta clientela em AFT apresentado por SILVEIRA (2014).

Uma interessante publicação brasileira de PORTELA e LOTROWSKA (2006) que teve por objetivo avaliar a assistência à população com HIV/AIDS no país e a capacidade do SUS de prover intervenções efetivas para o enfrentamento da epidemia, discutiu a importância do pioneirismo e da sustentabilidade da iniciativa brasileira na distribuição universal e gratuita dos ARV entre as

esferas de governo e a sociedade civil, mas não destaca o papel da AF neste cenário. Nessa publicação, é ressaltado que os desafios atuais dizem respeito ao monitoramento mais fino dos processos e dos resultados obtidos e à sustentabilidade da distribuição universal e gratuita de ARV. Ainda no artigo de PORTELA e LOTROWSKA (2006) e corroborado por PEREIRA (2012), é colocado o alto investimento para a acessibilidade à TARV, com o gasto de milhões pelo Governo brasileiro para manter a distribuição universal dos ARV. Todavia, destaca ainda que demais ações com o objetivo de acompanhar e melhorar a adesão ao tratamento são necessárias para a manutenção dessa distribuição universal e gratuita.

Outro trabalho publicado anteriormente por OLIVEIRA et al (2002) que busca avaliar a assistência prestada às PVHIV/AIDS é intitulado como “Avaliação da Assistência Farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro”. O mesmo pretendia analisar o acesso à Assistência Farmacêutica prestada aos portadores do HIV/AIDS em serviços da rede pública de saúde do município, sem, contudo, abordar o papel e importância da AF para essa população.

Um trabalho de EMMERICK (2004), inserido no Projeto de Avaliação Nacional da Dispensação de Medicamentos para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS, também realizado no Rio de Janeiro, já acena sobre a importância dos serviços clínicos farmacêuticos para esta clientela. No relato é destacada a especial importância da orientação para a adesão da PVHIV/AIDS ao tratamento para educar quanto aos cuidados necessários e à maior efetividade da terapêutica, ressaltando a importância do farmacêutico no momento da dispensação e atuando em equipe multiprofissional.

Diante dessa problemática, a ASHP (*American Society of Health-System Pharmacists*) estabeleceu um documento-marco com as recomendações dos principais campos de atuação do farmacêutico dentro da equipe assistencial de saúde, enfatizando o papel desse profissional na atenção ao paciente com infecção por HIV (ASHP, 2003).

Dentre as principais diretrizes apresentadas destacam-se: 1. *Avaliação sistemática de interações, adesão e efeitos adversos*; 2. *Ações relacionadas com o processo de acompanhamento da farmacoterapia, com a detecção, prevenção e resolução de outros problemas relacionados com os medicamentos*, referentes à indicação, efetividade e segurança; 3. *Atitudes quanto ao reconhecimento e prevenção de potenciais infecções oportunistas e outras complicações clínicas*; 4. *Educação e prevenção no âmbito de saúde pública e*, 5. *Encaminhamento de informações e*

recomendações direcionadas para o correto uso dos antirretrovirais, enfatizando o processo de tomada destes medicamentos. Essas recomendações fazem parte do âmbito clínico-assistencial de serviços do profissional farmacêutico, através do cuidado às PVHIV/AIDS (NOGUEIRA et al., 2007; MOK, MINSON; 2008).

Para CARDOSO e ARRUDA (2005), algumas questões podem ser relevantes para o sucesso da TARV e torna-se necessário que a equipe multidisciplinar e o farmacêutico, durante o AFT, estejam atentos a alguns fatores como:

- ✓ as diferenças de gênero, que existem e devem ser levadas em consideração;
- ✓ a identificação dos momentos de maior vulnerabilidade para o abandono do tratamento, como no início do tratamento;
- ✓ desentendimentos em família;
- ✓ rupturas, perdas de pessoas queridas e vivências de discriminação podem ser um sinal de alerta;
- ✓ o grau de apoio e acolhimento por parte de parceiros/familiares e amigos;
- ✓ o papel das instituições de saúde no acolhimento;
- ✓ a percepção do significado da soropositividade para cada um;
- ✓ e qual é o sentido que o indivíduo dá para o ‘*estar doente*’ e para o “*precisar dos medicamentos*”.

Em nosso país, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) editou o Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/AIDS com o intuito de fortalecer e orientar os profissionais e os pacientes também para o uso racional de ARV, harmonizando procedimentos desde a programação, passando pelo sistema de informação, até orientações e recomendações gerenciais e clínicas sobre as diversas condições que fazem parte do cotidiano das PVHIV/AIDS. Nesta publicação são estabelecidas as estratégias prioritárias de atuação do farmacêutico que devem ter como referência a integralidade, pilar estruturante do SUS brasileiro.

Portanto, a participação do farmacêutico na equipe multidisciplinar é essencial para promover ações qualificadas de cuidado integral, principalmente no que diz respeito à recuperação da saúde. Para tanto, são sugeridas:

- ❖ *Estratégias de adesão à TARV;*
- ❖ *Orientações de uso e conservações dos ARV;*
- ❖ *Identificação, manejo e notificação de eventos adversos;*

- ❖ *Observância de interações medicamentosas;*
- ❖ *Acompanhamento farmacoterapêutico individual do usuário;*
- ❖ *Participação ativa nas discussões de casos clínicos e elaboração de propostas terapêuticas;*
- ❖ *Gerenciamento e abastecimento logísticos;*
- ❖ *Garantia do acesso aos medicamentos e insumos necessários à demanda, inclusive em outros estabelecimentos que utilizam ARV.*

No campo da atenção às pessoas que utilizam TARV, um dos pontos de contato mais importantes é o momento da dispensação do tratamento (BRASIL, 2012). É na dispensação em que os farmacêuticos podem não apenas orientar e repassar informações ao usuário, mas também fazer um processo de troca (VAN MIL, FERNANDEZ-LLIMOS, 2013). Isso se valida com o fato de que na segunda década de acesso universal à TARV de alta potência, um dos grandes desafios para alcançar maior impacto e efetividade, reside no acesso ao cuidado multidisciplinar com qualidade.

Em específico à prática do cuidado farmacêutico, de acordo com dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) em 2010, existiam no Brasil mais de quatro mil municípios com pelo menos um caso notificado de AIDS. Por outro lado, havia pouco mais de 600 SAE e UDM de antirretrovirais. Portanto, a constituição de redes de atenção capazes de promover ações harmônicas, não apenas no que diz respeito à qualidade na atenção, inclui o acesso aos serviços e às ações de saúde.

Em relação à dispensação de ARV – *processo estratégico para prestação da atenção farmacêutica* – vários municípios não possuem, ainda hoje, UDM implantadas, gerando o deslocamento de usuários de TARV para cidades vizinhas ou para os grandes centros urbanos distantes de sua residência, o que pode influenciar na adesão (BONOLO et al, 2005; BRASIL, 2010). Um dos desafios a ser enfrentado é a promoção de estratégias que dinamizem o acesso à TARV, favorecendo a qualidade da dispensação de ARV como etapa estruturante para aplicação do cuidado farmacêutico ao usuário infectado com HIV (SOUZA, et al, 2010).

Neste sentido, o Protocolo do Ministério da Saúde recomenda, para todo início de terapia, a troca de esquema de ARV ou retorno de usuários em abandono ou com problemas de adesão, que haja uma abordagem pelo farmacêutico em consulta individualizada com o paciente, mediante prévio agendamento, preferencialmente, e após a realização de consulta médica (BRASIL, 2010).

De forma operacional, essa literatura preconiza que o farmacêutico deve:

- *dispensar o medicamento segundo a prescrição;*
- *oferecer assistência mediante atividades complementares (aconselhamento individual ou coletivo, acompanhamento farmacoterapêutico, quando possível);*
- *estudar o caso com o prescritor e subsidiá-lo para adequações que se fizerem necessárias.*

Diante do exposto, a execução efetiva, sistemática e contínua do cuidado farmacêutico para as PVHIV/AIDS em nosso país enfrenta, como nas demais áreas da saúde para o trabalho multidisciplinar (BORGES et al., 2012), importantes dificuldades desde estruturais e logísticas dos serviços, até o compromisso do profissional farmacêutico em assumir sua missão clínica-assistencial (GOMES, 2008).

Um estudo realizado por YOKAICHIYA *et al.* (2007) objetivou conhecer as percepções das equipes de Assistência Farmacêutica que atuam na dispensação clínica de medicamentos aos usuários vivendo com HIV/AIDS, quanto às suas possibilidades de oferecer assistência humanizada e apontou algumas necessidades de aprimoramento do trabalho. Dentre elas, destacaram-se a *criação de um espaço físico adequado ao acolhimento dos usuários, com garantia de confidencialidade; melhoria do sistema de informação, para melhor gerenciamento das atividades da farmácia e retroalimentação do processo; inserção ativa do farmacêutico nas equipes multidisciplinares e implantação da atenção farmacêutica por meio do acompanhamento farmacoterapêutico individualizado como proposta de humanização da assistência.*

Como apresentado nos parágrafos anteriores, no Brasil existem algumas iniciativas para o desenvolvimento da AF para pessoas HIV positivas, mas ainda não sistematizadas, como também é incipiente a publicação sobre esta área. Os poucos trabalhos são circunscritos, principalmente oriundos do Rio de Janeiro e de São Paulo. O interesse tem sido crescente, mas urge a discussão e ampliação de relatos da implantação de Serviços de Acompanhamento Farmacoterapêutico para PVHIV/AIDS, com ênfase em uma abordagem de dados de mundo real, do processo de implantação à análise dos resultados, unindo o binômio Academia-Serviço.

Dessa forma, este estudo vem na tentativa de colaborar com o desenvolvimento da prática clínica dos serviços farmacêuticos em atenção às PHIV/AIDS e deixar um legado para a utilização em outros SAE que possam replicar os instrumentos aqui idealizados e aplicados. Busca também, a melhoria contínua do cuidado às PVHIV/AIDS, através de processos estruturados de trabalhos e do uso de indicadores de qualidade da gestão.

2. RELEVÂNCIA E JUSTIFICATIVA

A TARV associada à ampliação de políticas de prevenção e controle da infecção melhoraram significativamente as taxas de mortalidade e a expectativa de vida entre as PVHIV/AIDS. No entanto, para o sucesso da terapia, é fundamental que os pacientes estejam conscientes e sensibilizados da importância da correta adesão ao tratamento (FONSECA *et al.*, 2012). Muitos indivíduos em uso de TARV não alcançam ou não mantêm uma adequada supressão virológica ao longo do tempo e, conseqüentemente, têm um risco aumentado de progressão da infecção (SALDANHA *et al.*, 2009). O fator determinante do grau e da duração da supressão virológica do HIV é a adesão ao regime de tratamento, que tipicamente consiste de múltiplos medicamentos (SANTOS, SILVA, SOARES, 2010). A má adesão ao tratamento pode ser explicada pela complexidade dos esquemas de tratamento, o que envolve a quantidade de comprimidos, as necessidades alimentares, as interações entre fármacos e os sérios efeitos adversos (RUEDA *et al.*, 2006; BRASIL, 2008; KRUMMENACHER *et al.*, 2011).

No Brasil, uma das medidas fundamentais para o controle da epidemia de HIV/AIDS tem sido a garantia de acesso, pelo Ministério da Saúde, aos medicamentos ARV para indivíduos que deles necessitem (GOMES, 2009; BRASIL, 2012). No entanto, apenas a acessibilidade não garante a efetividade da TARV, uma vez que esta requer um nível de adesão ao tratamento em torno de 95%-100% (PARTERSON *et al.*, 2000; CHEN *et al.*, 2007; ROCHA *et al.*, 2011).

A compreensão insuficiente sobre o uso correto dos medicamentos e a falta de informação sobre os riscos, advindos do não cumprimento da terapia prescrita, são aspectos que podem levar o indivíduo a não aderir ao tratamento (BRASIL, 2010). Por isso, fornecer orientação e informação aos pacientes sobre os seus medicamentos é um princípio essencial da farmacoterapia racional que busca assegurar sua adequada utilização (CECCATO *et al.*, 2008). Neste sentido, torna-se estratégica a implantação da AF para incrementar a efetividade do tratamento dos pacientes infectados pelo HIV no país (SILVEIRA *et al.*, 2010).

Através do AFT, macro-componente estratégico do exercício da AF, os PRM, em particular aos fármacos ARV, podem ser detectados (SOUZA *et al.*, 2010). De fato, o AFT consiste em monitorar o uso do medicamento (CODINA-JANÉ *et al.*, 2004), na busca do efeito esperado pelo médico que o prescreveu e prevenir, ou mesmo intervir de forma precoce, quanto ao surgimento de efeitos não desejados (CERDÁ E ALMINÃNA, 2004). O serviço abrange a detecção,

identificação, prevenção e resolução de todos os PRM que, eventualmente, possam comprometer os resultados da terapia farmacológica (VALÍN, 2004) e realizar, concomitantemente, ações de promoção de saúde.

Em decorrência da condição indispensável de se obter elevados índices de adesão (>95%) à TARV (PATERSON et al, 2000; ROCHA et al, 2011), é necessário uma monitorização minuciosa e contínua da mesma (ANDRÉ, 2013), já que além desta classe de medicamentos, são geralmente prescritos antibióticos profiláticos, fármacos para as infecções oportunistas e outros para as comorbidades (COSTA, 2012). Estudos demonstraram uma diminuição significativa nos erros de medicação em instituições nas quais farmacêuticos realizam intervenções com a equipe clínica (ARMANDO et al, 2005; KABOLI et al., 2006; KOPP et al., 2007; NUNES et al., 2008; RIJDT et al., 2008; CHISHOLM-BURNS et al., 2010; STARK et al., 2011; BELLO e BELLO, 2013). Essas publicações reforçam a ideia de que a intervenção farmacêutica pode colaborar na redução do número de eventos adversos, aumentar a satisfação do atendimento e a qualidade de vida do usuário, bem como diminuir custos hospitalares.

O AFT constitui um processo de trabalho sistemático e documentado que visa aperfeiçoar os resultados terapêuticos dos pacientes já sob tratamento médico anterior (DADER et al, 2008). O farmacêutico provedor deste serviço atua de forma colaborativa com o prescritor e jamais de modo a realizar diagnóstico, prognóstico e alteração ou suspensão de tratamentos prescritos (OLIVEIRA, 2011).

Nesse contexto, para melhorar o processo de cuidado ao paciente portador do HIV, no Centro de Especialidades Médicas José de Alencar (CEMJA), delineou-se este estudo, buscando relatar as etapas de estruturação, implantação e análise da AF, para esse público-alvo, em nível local, descrevendo os mecanismos relacionados a este serviço, em especial aos macro componentes: *a) acompanhamento farmacoterapêutico, b) orientação farmacêutica, c) dispensação e d) documentação e registro das atividades, intervenções e indicadores clínicos, humanísticos e de adesão à terapia antirretroviral.*

Esse cenário é bem propício para o desenvolvimento de um plano de cuidados para as pessoas que vivem com HIV devido à natureza ainda estigmatizante da doença no âmbito social e ao cultural que acarreta diretamente dificuldades de enfrentamento do tratamento e, por conseguinte, na adesão ao mesmo que finaliza em pior prognóstico (RODRIGUES, COSTA DE SOUZA et al., 2010).

A perspectiva é que a partir da análise desse presente estudo e com a sistematização da documentação e registro conseguidos para o exercício da AF nesse nível, outros serviços (Unidades de Cuidado Farmacêutico) no estado do Ceará, de assistência ao indivíduo vivendo com HIV, sejam estruturados. Vislumbra-se também que esta abordagem metodológica possa contribuir para a melhoria na qualidade dos trabalhos na área da AF. Busca-se também avaliar a influência do desenvolvimento de um AFT nessa população estudada, tema esse, ainda muito incipiente no nosso país.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

- ✓ Analisar o acompanhamento das PVHIV/AIDS, assistidos em uma unidade de saúde ambulatorial de referência, a partir da adequação, aplicação e avaliação de indicadores clínico-laboratoriais, farmacoterapêuticos e humanísticos, no contexto temático da AF.

3.2 Específicos

- ✍ Estruturar, com base na necessidade de documentação e registro, instrumentos para a prática da atenção farmacêutica, realizando adaptações e aplicação ao público-alvo em estudo;
- ✍ Delinear o perfil farmacoepidemiológico e o estilo de vida das PVHIV/AIDS, atendidas em um centro especializado de assistência a essas pessoas, no Estado do Ceará;
- ✍ Identificar, os Problemas Relacionados com os Medicamentos Antirretrovirais (PRM-ARV) na população estudada, prevenindo-os e resolvendo-os através das intervenções farmacêuticas;
- ✍ Analisar o AFT, através de indicadores de resultado: clínico-laboratoriais (*determinação do valor de linfócitos T CD4⁺ e determinação do valor da carga viral*), farmacoterapêuticos (*incidência dos tipos de problemas relacionados aos medicamentos antirretrovirais; medidas de adesão - avaliação metodológica, determinação do perfil de cumprimento do plano farmacoterapêutico antirretroviral e seus fatores relacionados*) e humanísticos (*qualidade de vida e satisfação do paciente com relação ao farmacêutico-clínico e com o programa de atenção farmacêutica*).

4. MÉTODOS

4.1. Desenho do estudo

O modelo deste trabalho consistiu em um estudo longitudinal e prospectivo fundamentado na aplicação de estudos de dados de mundo real, no âmbito dos pressupostos filosóficos e operacionais da AF, desenvolvido de acordo com o Método Dáder (MACHUCA et al., 2003), envolvendo as seguintes etapas: 1. *Oferta do serviço*; 2. *Entrevista inicial*; 3. *Estado de situação*; 4. *Fase de estudo*; 5. *Avaliação global*; 6. *Intervenção farmacêutica* e, 7. *Avaliação dos resultados*.

O Método Dáder consiste em uma ferramenta de prática da AF que foi desenvolvida pelo Grupo de Investigação em Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada, na Espanha, e envolve uma cascata consecutiva de encontros (atendimentos farmacêuticos), com entrevistas previamente agendadas, com pacientes-alvo.

Para uma melhor compreensão sobre o Método Dáder, um detalhamento da filosofia operacional deste processo de AFT, bem como as adaptações aplicadas neste estudo é apresentado abaixo:

FASE 1: OFERTA DO SERVIÇO

No Centro de Especialidades Médicas José de Alencar (CEMJA), a oferta do serviço foi iniciada após o encaminhamento do paciente pelo médico infectologista após a prescrição do primeiro esquema antirretroviral ao serviço de atenção farmacêutica, em que o farmacêutico se apresentava, explanava sobre seu âmbito de atuação dentro da equipe multidisciplinar e solicitava a autorização do paciente para a sua inclusão nesta pesquisa, mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). O fluxograma dessa fase é apresentado na Figura 3.

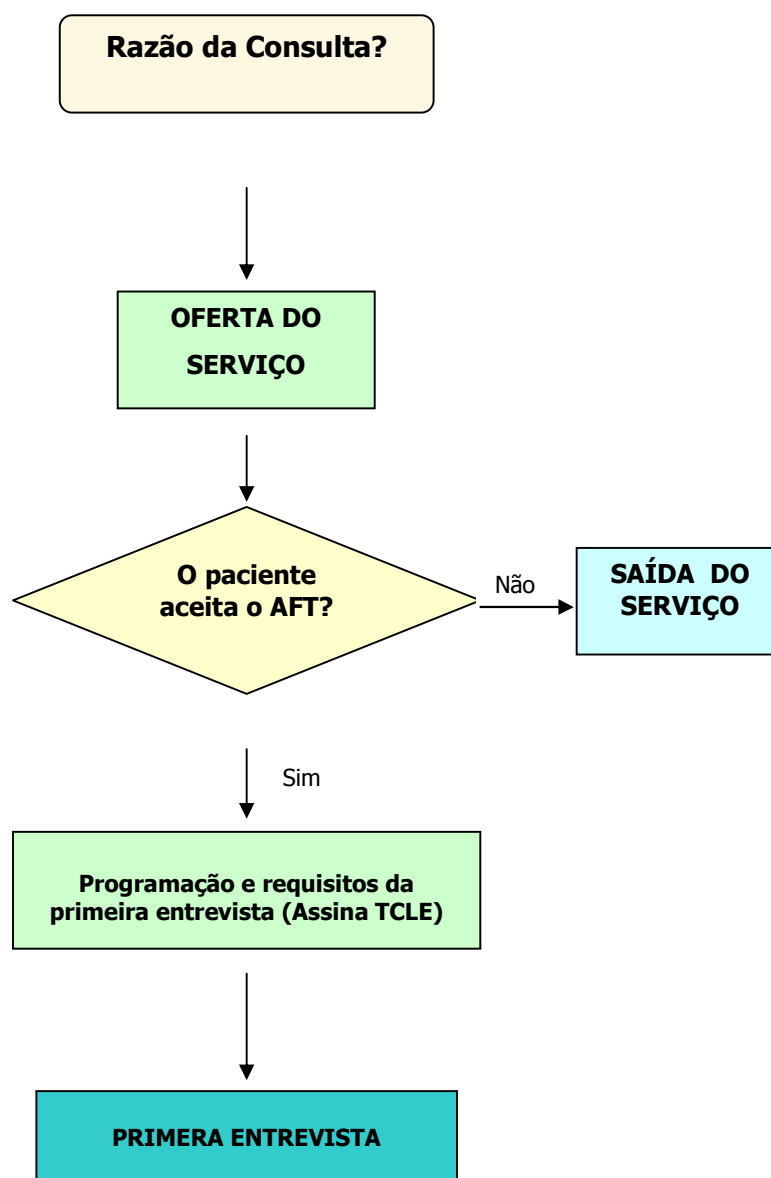


Figura 3 - Diagrama do fluxo da oferta do serviço

Fonte: Ceará, 2003.

FASE 2: PRIMEIRA ENTREVISTA

Nessa fase, as ações estavam centradas no mapeamento farmacoepidemiológico (perfil socioeconômico como: sexo, idade, escolaridade, vínculo empregatício e renda familiar, outros), assim como no estilo de vida (histórico de etilismo, tabagismo, drogas ilícitas, etc) e dados clínico/farmacoterapêuticos, tanto relacionados especificamente à infecção com HIV, bem como aos de outras patologias associadas/prévias. Na primeira entrevista, agendada de acordo com a consulta médica, o farmacêutico realizou sua anamnese, em que foram obtidas informações sobre os problemas de saúde do paciente e os medicamentos que utilizava ou dos quais necessitava, adaptado de CAELLES et al. (2002). Em termos de processos de trabalho, esta etapa estruturou-se em três partes claramente diferenciadas:

- ***Preocupações/queixas e problemas de saúde*** - Buscou-se, dentre outros dados, coletar dados relativos ao conhecimento do paciente sobre o processo saúde-doença, no que diz respeito aos meios de contaminação, prevenção e tratamento da infecção pelo HIV. Assim, foi perguntado ao paciente sobre quais os problemas que mais o preocupavam. Nessa etapa, introduziram-se outros elementos à metodologia inicial, em que foram explorados outros parâmetros importantes para subsidiar as etapas futuras, principalmente no rastreamento das possíveis causas de PRM-ARV. Assim, foram abordadas questões relativas à percepção e ao nível de conhecimento sobre o HIV/AIDS e seu tratamento. Para avaliar o nível de conhecimento, desenvolveu-se neste estudo uma escala com as seguintes categorias: DESCONHECE (quando o paciente não relatava qualquer informação); POUCO (quando era descrita uma informação); REGULAR (no momento que o entrevistado provia duas informações coerentes com o parâmetro avaliado) e

MUITO (ao serem relatadas mais de duas informações), utilizou-se como parâmetro a categorização da graduação proposta por MACHUCA et al. (2000) e aplicada no contexto local por REIS (2005).

- **Anamnese Farmacológica e dados sobre terapia antirretroviral** - Com relação ao perfil clínico de tratamento, foram explorados os medicamentos ARV utilizados pelos pacientes e outros medicamentos em uso (contínuos e esporádicos), através da anamnese farmacológica progressiva, os da “sacola de medicamentos”, denominados assim de acordo com Método Dáder (2008), o que no nosso país chamamos casualmente de “Farmacinha caseira”. Nesse momento, era averiguado o processo de utilização, especialmente os que estavam tomando em conjunto com os ARV, mas também os medicamentos utilizados durante os últimos três meses.

✍ Ainda se explorava o modo de compreensão entre o que estava prescrito pelo médico no esquema ARV e o grau de compreensão e coerência do usuário ao proposto. Questões como o tempo de diagnóstico, sinais e sintomas iniciais, médico prescritor, motivo de mudança do esquema, bem como o histórico de exames laboratoriais de carga viral e contagem de linfócitos T CD4 também foram investigados nesta etapa do método de AFT.

Para aumentar a acurácia na detecção de potenciais ou reais PRM, foi feito um elenco de sete perguntas por medicamento (exceto antirretrovirais) para avaliar o grau de conhecimento e racionalidade na utilização das outras classes farmacológicas encontradas na “sacola de medicamentos” das PHIV/AIDS acompanhadas. Nessa fase, para facilitar o processo, optou-se por uma adaptação e por se utilizar apenas quatro das oito perguntas

originais do trabalho de SILVA-CASTRO et al.(2003) para cada medicamento que o paciente utilizava, cada um com o objetivo definido (Quadro 8).

Quadro 8 - Principais perguntas envolvendo a anamnese farmacológica

Pergunta geradora	Objetivo
<i>Quem lhe receitou/indicou?</i>	Para verificar quem prescreveu/indicou o medicamento.
<i>Alguma dificuldade?</i>	Analisar aspectos relacionados com a forma farmacêutica (dificuldade de engolir, vomitando, sabor desagradável, medo de infecção HIV).
<i>Sabe como usar?</i>	Para verificar se utiliza corretamente (dose, frequência posológica, duração do medicamento).
<i>Desde quando?</i>	Para verificar o início da utilização do medicamento. Serve para estabelecer raciocínio causal entre problemas e medicamentos.
<i>Até quando?</i>	Para verificar por quanto tempo deverá utilizar o medicamento.
<i>Algo estranho?</i>	Relacionar a algum efeito indesejável a utilização do medicamento.

Fonte: Adaptado de SILVA-CASTRO et al. (2003).

Para cada pergunta, analisava-se ao final o grau de conhecimento do paciente quanto a forma correta de utilizar os medicamentos, bem como a avaliação do conhecimento do processo saúde-doença por meio da adequação da escala proposta por MACHUCA et al. (2000) com as seguintes categorias: **P = Pouco** - quando o paciente relatava apenas uma informação, ou quando a informação era vaga e inconclusiva; **R = Regular** - quando eram descritas duas informações

pertinentes e **M = Muito** – *quando as informações dadas pelos entrevistados eram acima de duas e de forma completa e coerente.*

- **Etapa de Revisão** - Essa última parte era destinada a revisar a informação obtida, aprofundando algum aspecto que não ficou claro no primeiro momento. O organismo como um todo é avaliado, da cabeça aos pés, mediante perguntas diretas ao paciente e cuidador, com o objetivo de descobrir problemas de saúde e medicamentos que não havia sido explorados até então.

O objetivo das três primeiras etapas foi obter o estado situacional do paciente e se existia alguma relação entre seus problemas de saúde e os medicamentos que utilizava.

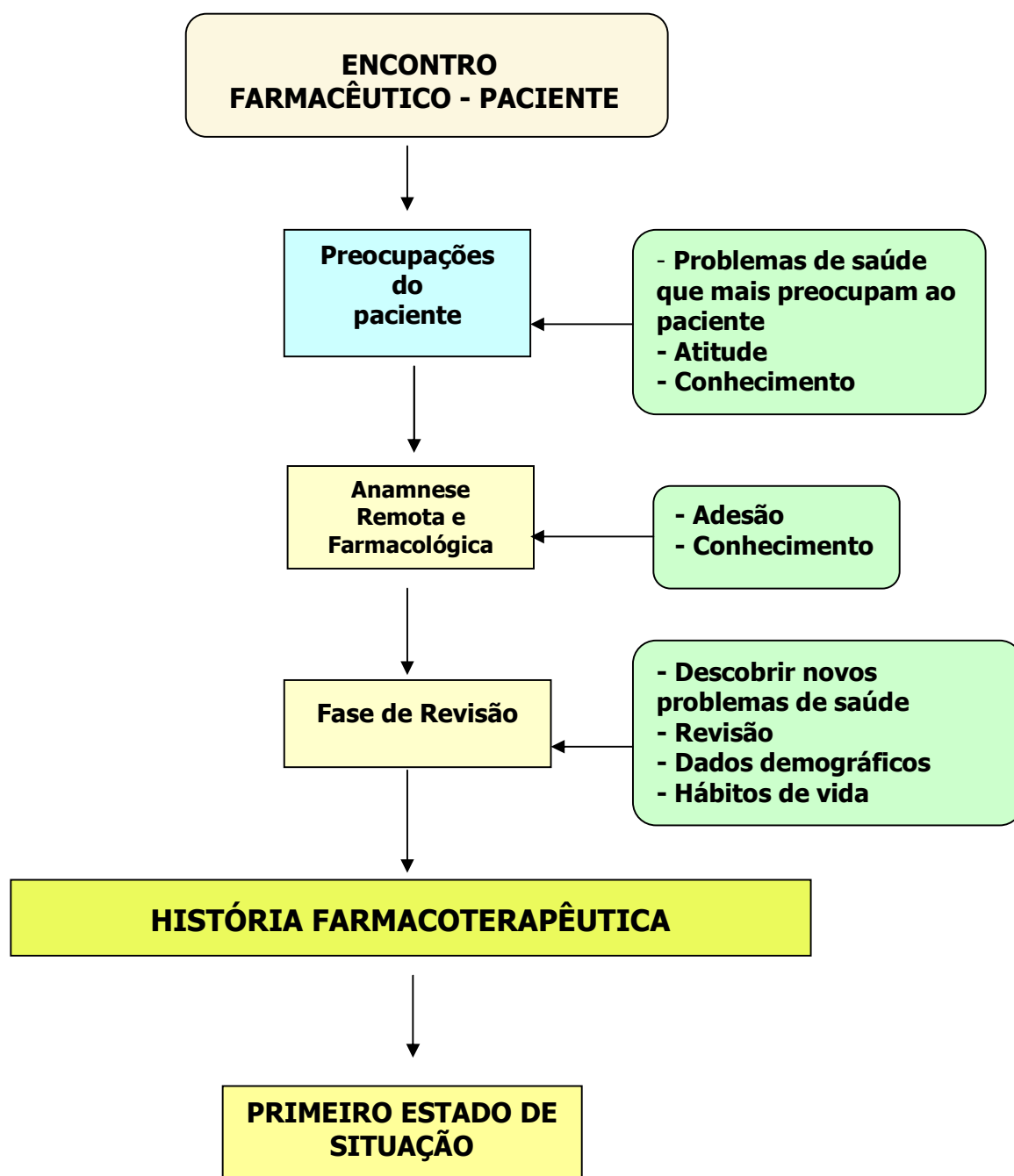


Figura 4 - Diagrama do fluxo da primeira entrevista

Fonte: Reis, 2005.

A partir da entrevista inicial, os usuários que ratificaram interesse em permanecer no AFT foram orientados a sempre buscar atendimento farmacêutico no Serviço de Atenção Farmacêutica do CEMJA, a qualquer momento do acompanhamento, para comunicar intercorrências ou quaisquer problemas que pudessem interferir no curso da farmacoterapia antirretroviral, inclusive, pelo telefone do serviço, disponibilizado para solidificar o acesso e a relação farmacêutico-paciente.

FASE 3: ESTADO DE SITUAÇÃO

Durante a entrevista, as informações foram dispostas na Ficha de Acompanhamento Farmacoterapêutico (FAFT) (APÊNDICE 3) para que fossem estudados os problemas de saúde, incluindo os relacionados aos medicamentos, e sua farmacoterapia correspondente, que se denomina *estado de situação*. Nesta fase, foram analisados os seguintes parâmetros: *problemas de saúde; início do problema; medicamentos utilizados; dose e frequência de uso; via de administração; início da utilização no hospital; unidades administradas por dia de tratamento; avaliação da farmacoterapia, baseada nos critérios de necessidade, efetividade e segurança e as suspeitas de PRM*. O método processual desta fase seguiu a linha de trabalho utilizada por REIS (2005) no que tange ao preenchimento e registro dessas informações.

Ainda na fase do estado situacional, foram anotados os parâmetros de seguimento como:

- a) **Indicadores clínico-laboratoriais**: *carga-viral e linfócitos CD4*.
- b) **Sinais/sintomas**: *febre, dor, náuseas, vômitos, tonturas, delírios, pesadelos, outros*.

A análise situacional foi realizada mensalmente, tendo em conta a totalidade de medicamentos utilizada por cada paciente (especialmente os relacionados aos ARV), incluindo medicamentos de uso contínuo, esporádicos e por automedicação. Os dados clínicos e laboratoriais considerados foram os resultados de carga viral, linfócitos T CD4 séricos, hemograma e sorologias de patologias mais frequentes em pacientes HIV positivos, recomendados pelo Consenso Brasileiro de AIDS de 2008 (BRASIL, 2008). Na maioria dos casos, para aumentar acurácia das informações, foi complementada a análise mediante a revisão da história clínica no prontuário médico, os registros da equipe de enfermagem e serviço social, os dados fornecidos pelo sistema de distribuição de medicamento Serviço de Farmácia (Ministério da Saúde/SICLOM), da

discussão da situação com médico e/ou equipe de enfermagem que estava realizando o acompanhamento do referido paciente.

FASE 4: FASE DE ESTUDO

Durante essa etapa foi feita a revisão bibliográfica dos problemas de saúde e dos medicamentos respectivos para cada problema, a partir da análise situacional. Iniciou-se com o estudo dos problemas de saúde diagnosticados pelos médicos, os quais o farmacêutico do AFT tinham que conhecer: a) *os sinais e sintomas*, o que permitiria estabelecer a falta de efetividade do tratamento; b) *os mecanismos fisiológicos da enfermidade*, para compreender como atuavam os medicamentos em função da patologia e o que poderia ocorrer com outros tratamentos simultâneos; e c) *o prognóstico da enfermidade*, para que fossem planejados os objetivos terapêuticos para cada situação.

Os medicamentos foram analisados, um por um, correlacionando-os com os problemas de saúde apresentados. Assim, foram levados em consideração: *indicações autorizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Brasil (ANVISA), mecanismos de ação, posologia, farmacocinética, parâmetros de efetividade, contraindicações, interações medicamentosas, interferência em exames laboratoriais, problemas de segurança.*

Utilizou-se, como instrumento de sistematização das informações e registro, a FAFT (APENDICE 3), subsidiada pelo prontuário médico e pesquisas em literatura especializada. O estudo da farmacoterapia foi realizado no contexto de cada situação patológica, valorizando a farmacoterapia como estratégia concorrente às demais estratégias não farmacológicas que se realizaram durante o acompanhamento. A Figura 5 apresenta o diagrama operacional da Fase de Estudo.

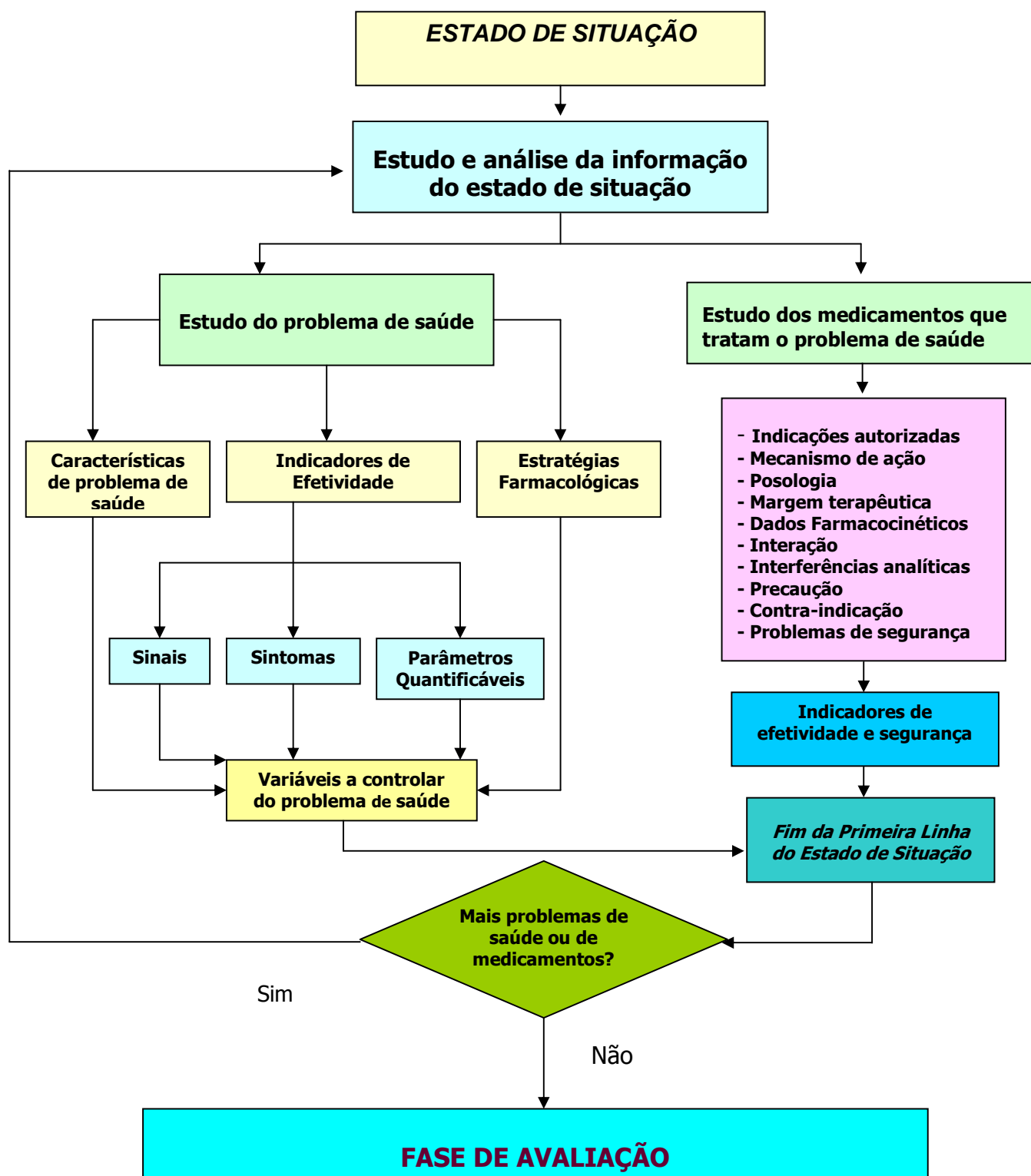


Figura 5 – Diagrama do fluxo da fase de estudo

Fonte: Reis, 2005.

FASE 5: FASE DE AVALIAÇÃO

Uma vez realizada a *fase de estudo*, o farmacêutico do serviço e o farmacêutico pesquisador analisaram a situação em que se encontrava cada PVHIV/AIDS acompanhada neste estudo, dando início à *fase de avaliação*, na pretensão de mensurar se estavam sendo cumpridos os objetivos estabelecidos para a farmacoterapia, e caso houvessem falhas, eram detectados os correspondentes PRM-ARV e propostas as devidas IF na fase seguinte, em termos apenas de método, mas operacionalmente simultâneas.

Com a informação obtida, foi avaliada cada estratégia e cada medicamento, segundo a sistemática proposta por FERNÁNDEZ-LIMÓS (2002) e revalidada por DÁDER et al. (2008) fazendo-se três questionamentos: **(1) o medicamento é necessário? (2) está sendo efetivo? e (3) está sendo seguro?**

Todo o processo analítico foi analisado a partir da detecção de um problema de saúde que foi registrado na mesma linha do instrumento citado e, a partir de então, todos os outros parâmetros eram analisados linearmente um a um, processo preconizado pelo método escolhido. Quando alguma das respostas às perguntas geradoras da fase de avaliação, citadas anteriormente, era negativa, se suspeitava então de um PRM. Ao final da análise destas três perguntas, para cada medicamento, era formulada uma quarta pergunta: *(4) existe algum problema de saúde que não está sendo tratado?*

Caso a resposta fosse SIM, deparava-se então com um PRM₁ (FERNÁNDEZ-LIMÓS, 2002). Ocorrendo a utilização de um medicamento quando não havia necessidade, tinha-se o PRM₂. Nos casos dos PRM de necessidade, 1 e 2, a base de análise estava na suspeita se o paciente precisava ou não de um tratamento farmacológico. Quanto aos de efetividade, foi estabelecido se o problema é de efetividade quantitativa – subdose ou dose irregular (PRM₄) ou não quantitativa (PRM₃) e neste mesmo sentido para os PRM de segurança (5 - reações adversas e 6 - sobredoses), segundo a classificação do II Consenso de Granada. (PAINEL DE CONSENSO, 2002).

Para a avaliação dos PRM de necessidade, foi estabelecida, como padrão de análise, a checagem da prescrição médica, o relato do paciente durante o atendimento farmacêutico mensal e a revisão do prontuário multidisciplinar. Em alguns casos mais específicos, informações de outros

membros do time de atenção às PVHIV/AIDS, até mesmo dos familiares, poderiam atuar como faróis para possíveis PRM de necessidade.

As descrições sumarizadas de PRM eram, então, descritas na planilha desenhada especificamente para categorização dos PRM e IF (APENDICE 4), observada no seu conjunto, inclusive relação temporal, sendo descartadas aquelas que não tinham sustentação na análise global da situação do paciente. Depois de listadas as suspeitas de PRM, estas eram ordenadas segundo a sua ocorrência e então eram realizadas as categorizações e validação em um grupo de especialistas do Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos (GPUIM).

Considerou-se no estudo: problemas de *necessidade* incluíam as situações em que o paciente não utilizava um medicamento considerado necessário, fosse por abandono, por falta de acesso ao medicamento ou por não ter sido ainda consultado por um médico infectologista. Um medicamento foi ainda considerado desnecessário quando não havia um problema de saúde que justificasse seu uso, no caso da infecção pelo HIV, excepcionalmente isso pode ocorrer, tendo em vista a aquisição exclusiva do ARV pelo SUS.

Quanto à *efetividade*, o tratamento avaliado foi considerado inefetivo quando não alcançou as metas terapêuticas esperadas, sendo esta de base qualitativa quando a dose está adequada para o paciente certo. Estas situações ocorrem, no âmbito quantitativo, por exemplo, em casos de adesão parcial do paciente, por não aderir completamente ao tratamento (adesão irregular), uso de dose insuficiente (subdose) ou baixa resposta ao fármaco (refratariedade e/ou resistência viral).

A *segurança* de cada medicamento ARV diz respeito principalmente ao surgimento de RAM, tanto relacionadas à dose (sobredoses), como também, as independentes desta (ex. hipersensibilidade ou intolerância).

A seguir é ilustrado o diagrama do fluxo da fase de avaliação. Nessas avaliações nas que houvesse a necessidade de modificação do padrão prescritivo, foi realizada contra referência (Ficha de Contra Referência Farmacêutica – APENDICE 12) para que o médico infectologista assistente realizasse a avaliação do caso.

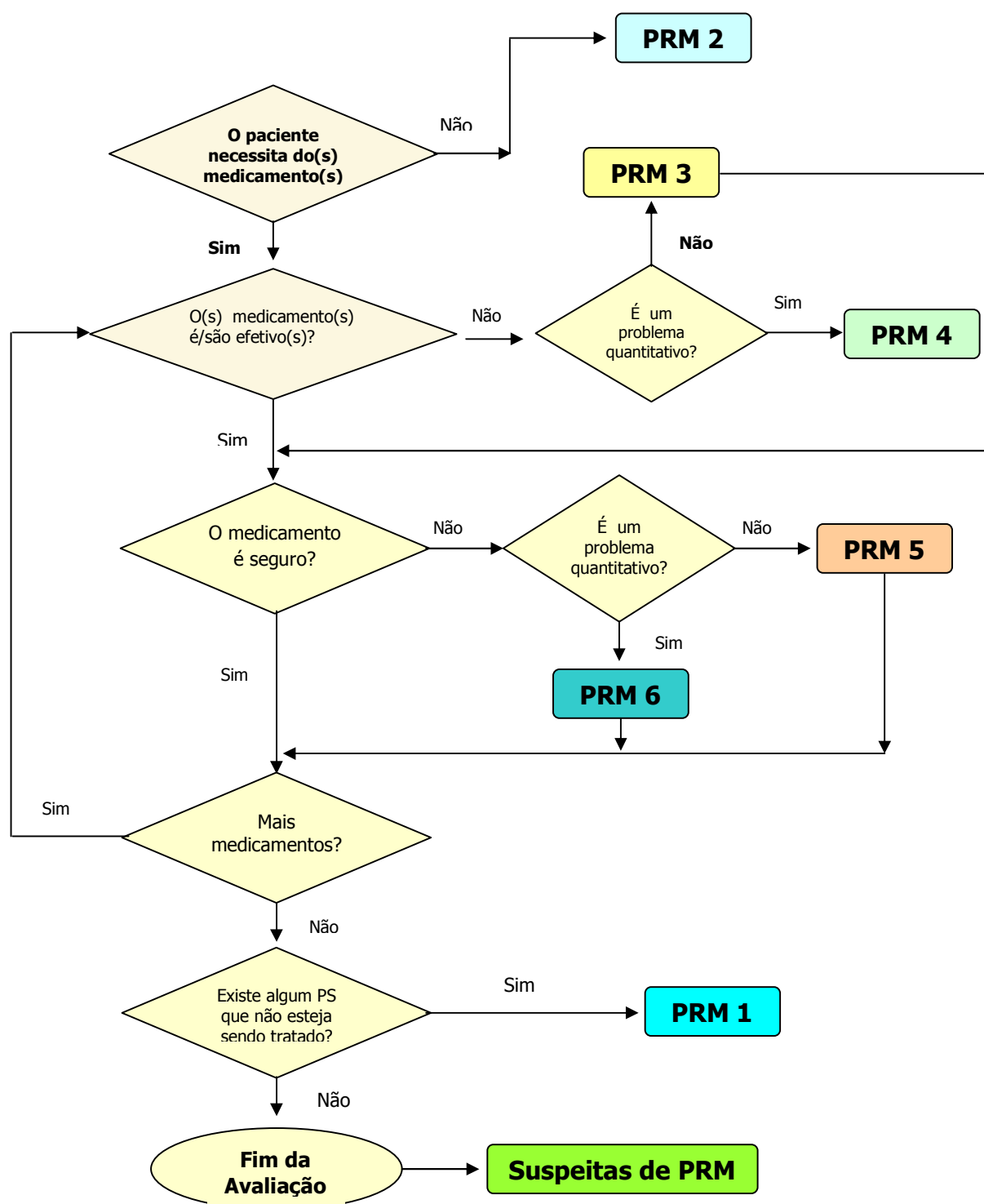


Figura 6 - Diagrama do fluxo da fase de avaliação

Fonte: Reis, 2005.

FASE 6: FASE DE INTERVENÇÃO

Após detectar os PRM-ARV, foram aplicadas as estratégias de intervenção para resolvê-los de acordo com escala de SABÁTER (2005), conforme o Quadro 9, priorizando os problemas já manifestados (reais) ou prevenindo o aparecimento dos que podiam se manifestar (potenciais), segundo as condições particulares de cada paciente. O farmacêutico deu prioridade às intervenções referentes aos PRM que representavam um maior risco (dano/menor segurança) para o paciente, seguidas daquelas em que os PRM estavam entre as principais preocupações do paciente e que tivessem a possibilidade de solução.

Nesta escala, as intervenções foram realizadas a partir de um plano de cuidado para cada paciente, alicerçadas em três eixos centrais que envolvem mudanças sobre: *a quantidade do medicamento (1)*, *a estratégia farmacológica (2)* e *a educação do paciente (3)*. A partir dessas macro-categorias, desdobram-se várias classes de intervenções que podiam incluir, conforme as necessidades individuais, mudanças sobre o modo como utilizar os ARV e como lidar com as RAM iniciais. Além disso, intervenções para o aumento da dose, para a troca do esquema, para o fornecimento de educação sobre a doença, eram estratégias utilizadas para melhorar a adesão ao tratamento farmacológico (voluntária ou não).

Torna-se importante ratificar que as IF das categorias 1 e 2 exigiam a obrigatória análise, validação e autorização do médico assistente prescritor de cada PVHIV/AIDS. Cada estratégia foi discutida de forma personalizada e sigilosa com cada paciente, buscando estabelecer uma relação mútua de colaboração.

Quadro 9 - Tipos de intervenções farmacêuticas realizadas no acompanhamento farmacoterapêutico, segundo SABATER et al (2005).

INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA		DEFINIÇÃO
1) MEDIDAS SOBRE A QUANTIDADE DE MEDICAMENTO	<p>a-Sugerir modificação da dose;</p> <p>b-Sugerir modificação da frequência ou duração do tratamento;</p> <p>c-Sugerir modificação do horário de administração ao longo do dia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ajuste da quantidade de fármaco administrada em cada vez; ✓ Ajustar a frequência (vezes ao dia) ou duração do tratamento; ✓ Ajustar o esquema de horários em que são utilizados os medicamentos ao longo do dia.
2) MEDIDAS SOBRE A ESTRATÉGIA FARMACOLÓGICA	<p>a- Acrescentar um medicamento;</p> <p>b-Suspender um medicamento;</p> <p>c-Substituir um medicamento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Incorporar ao tratamento um novo medicamento que o paciente não utilizava; ✓ Abandonar o uso de um medicamento dentre aqueles em uso pelo paciente; ✓ Substituir um determinado medicamento em uso por outro de composição diferente ou ainda forma farmacêutica ou via de administração diferente.
3) MEDIDA SOBRE A EDUCAÇÃO DO PACIENTE	<p>a-Reduzir a não adesão involuntária (educar sobre o uso do medicamento);</p> <p>b-Reduzir a não adesão voluntária (modificar atitudes com relação ao tratamento);</p> <p>c-Educar sobre medidas não farmacológicas;</p> <p>d- <i>Outros: Encaminhamentos a médicos e a outros profissionais de saúde e/ou apoio biopsicossocial*.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Educação do paciente sobre as instruções e precauções para a correta utilização e administração do medicamento; ✓ Reforçar a importância da adesão do paciente ao seu tratamento; ✓ Educação do paciente sobre as medidas não farmacológicas que favoreçam o alcance dos objetivos terapêuticos; ✓ Otimizar o plano de cuidados e/ou dar encaminhamentos a outros problemas detectados.

Fonte: SABATER *et al*, 2005.

D* - Livre adaptação da escala original.

NOTA: As categorias 1 e 2 necessitam obrigatoriamente da validação da análise do médico assistente do paciente.

Efetou-se uma IF quando se atuou para solucionar um PRM detectado, quer real ou potencial, levando em consideração a efetivação ou não da opção escolhida, bem como, a aceitação ou não da IF proposta. Neste estudo, foi possível ampliar a perspectiva de aplicação das IF, além das relacionadas especificamente aos ARV, pela característica peculiar do público-alvo, em sua grande maioria com carências bio-psico-sociais e vulnerabilidade econômicas.

Como na escala de SABÁTER et al (2005) não foi identificada uma categoria/classe que especificasse aspectos humanísticos e desvinculados à farmacoterapia, o pesquisador fez uma adaptação com a inclusão de uma nova categoria D – Outros, para englobar as intervenções quando o farmacêutico do Serviço de AF reconhecia a necessidade de fazer um encaminhamento para outro profissional do time multidisciplinar, como médico, assistente social, nutricionista, psicólogo, enfermeira, outros. Nessa categoria, também foram contemplados casos em que as PVHIV/AIDS do estudo eram sugeridas a mudanças no estilo de vida, orientações sobre alimentação, exercícios físicos, esclarecimentos de como obter suporte social e até procurar grupos de apoio (emocional), Organizações Não Governamentais, alguma atividade recreativa, espiritual e afins.

Algumas intervenções foram dirigidas exclusivamente aos pacientes e outras foram dirigidas aos médicos responsáveis por cada caso (PRM de categorias 1 e 2), mas com o esclarecimento ao paciente para que o mesmo entendesse do processo terapêutico, com adequação ao seu nível de conhecimento e, assim, favorecer a adesão ao tratamento. O paciente foi encaminhado ao médico assistente sempre que se acreditava haver necessidade de alteração da prescrição (medicamento, associação, dose, frequência) ou quando da necessidade de avaliação para diagnóstico e tratamento, como pioras do quadro clínico ou sinais/sintomas de novos problemas de saúde ou outros casos. Os pacientes eram encaminhado aos demais profissionais do time multidisciplinar de acordo com as necessidades encontradas e especificidades técnicas de cada um.

Durante a *fase de intervenção*, foi importante a integração desses outros membros da equipe de saúde, tais como médicos especialistas, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e até mesmo os cuidadores, quando pertinente, com os quais se estabeleceu vias de comunicação apropriadas e acordos para cada situação com a PVHIV/AIDS. Esta integração favoreceu o farmacêutico no desenvolvimento de uma estratégia operacional de registro e codificação dos PRM e IF, bem como para otimizar o tempo de sistematização dos processos

envolvidos. Assim, o formato da intervenção foi alvo de pequenas modificações e foram codificadas as seguintes categorias quanto aos destinatários: *farmacêutico-paciente, farmacêutico-paciente-médico, farmacêutico-paciente-outros profissionais; farmacêutico-paciente-cuidador/familiar.*

Outro parâmetro mensurado no âmbito das IF foi o meio de comunicação utilizado para que as proposições do farmacêutico chegassem ao destinatário de forma efetiva. Nesse estudo, foram utilizados os meios verbal-presencial, verbal-telefone e escrito. Para todos esses parâmetros foi adicionada a classe Outros no caso de surgir uma nova possibilidade não contemplada, uma vez que se tratava da adaptação de um método e da implementação de um processo ainda não estabelecido como modelo de prática na atenção secundária. Bucava-se, assim, que não houvesse a perda técnica das informações.

A estratégia operacional de classificação dos PRM e IF, de acordo com o II Consenso de Granada (PAINEL DE CONSENSO, 2002) e Escala de SABÁTER (2005), respectivamente, seguiu semanalmente com a farmacêutica do serviço de AFT para PVHIV/AIDS do CEMJA, com os acadêmicos estagiários do projeto na colaboração da coleta de dados e com o farmacêutico pesquisador que, além de validar a categorização desses parâmetros, também auditava o processo do cuidado farmacêutico relatado pelo time do CEATENF. Esta fase é ilustrada em seu fluxograma de acordo com a Figura 7.

O Método Dáder tem, no seu desenho metodológico original, a documentação da intervenção farmacêutica, que contém:

- ✍ data em que se realizou a IF;
- ✍ tipo de PRM, segundo a classificação do II Consenso de Granada (2002);
- ✍ o problema de saúde relacionado;
- ✍ o(s) medicamento(s) relacionado(s) nele;
- ✍ descrição e causa do PRM;
- ✍ o que se pretendia fazer para resolvê-lo;
- ✍ a via de comunicação empregada.

No entanto, durante o estudo piloto foi identificado que a FAFT destinado ao registro da categorização dos PRM-ARV, IF e parâmetros relacionados necessitava de uma adaptação para uma melhor operacionalidade do profissional e para a otimização do tempo de documentação.

Além disso, o uso de codificação/legendas para que houvesse uma dinamização no tempo desse processo foi necessário, uma vez que eram usadas escalas e categorias já padronizadas e que pela repetição do fato observado, a sistematização, tabulação e execução temporal desse importante macro-componente da atenção farmacêutica seriam facilitadas. Assim, foi desenhado um novo instrumento específico para este fim: Quadro de categorização sistemática dos Problemas Relacionados aos Medicamentos, Intervenções Farmacêuticas e demais parâmetros do Acompanhamento Farmacoterapêutico (APENDICE 4), contemplando data, problema de saúde, medicamento suspeito, descrição sumarizada do PRM, classe do PRM, categoria do PRM, categoria da Intervenção Farmacêutica, tipo/classe da Intervenção Farmacêutica, meio de comunicação utilizado, a quem se destina a intervenção, observações importantes.

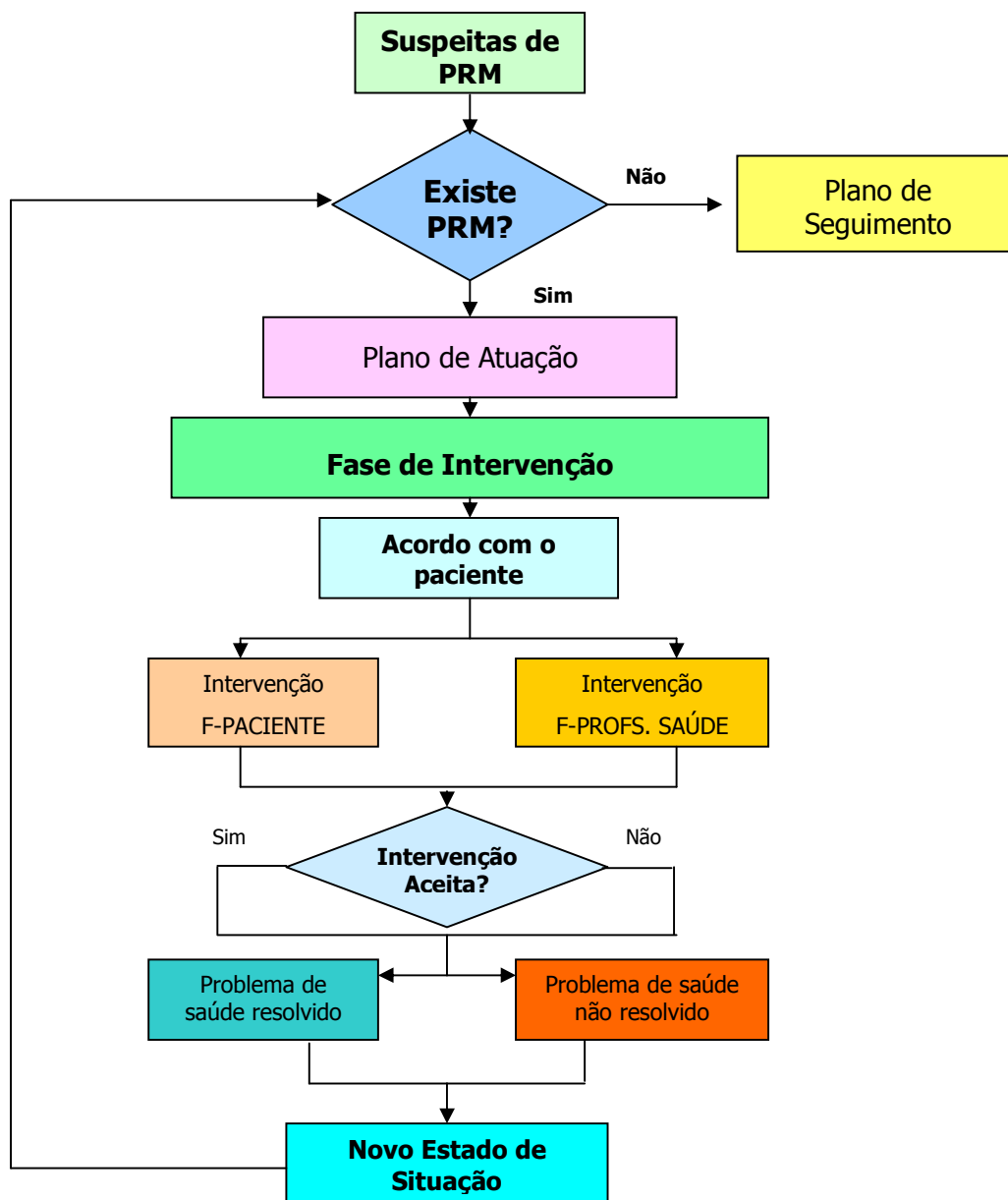


Figura 7 - Diagrama do fluxo da fase de intervenção.

Fonte: Reis, 2005.

FASE 7: RESULTADO DA INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA E NOVO ESTADO DE SITUAÇÃO

A IF é uma das ações mais estratégicas do processo de cuidado que o farmacêutico exerce em prol da otimização da farmacoterapia por meio do AFT, buscando obter como resultados clínicos a maximização da efetividade e a minimização dos efeitos adversos com o uso dos medicamentos, além de outras questões do processo saúde-doença (AMARAL et al, 2008).

As mudanças no estado de saúde dos pacientes fizeram com que o aparecimento ou desaparecimento de um problema de saúde promovessem possibilidades de utilização de medicamentos com possíveis PRM, o que necessitou de um novo estado de situação durante todo o caminho do AFT. A partir de um novo estado situacional, o pesquisador fez sua análise através das informações coletadas no Serviço e, então, retomou todos os passos anteriores para continuar com o procedimento de análise do AFT durante os atendimentos seguintes.

Foram feitos atendimentos farmacêuticos sucessivos durante o AFT, mensalmente (nove meses), com a finalidade de nessa fase adicional:

- *continuar resolvendo os PRM pendentes segundo o plano de atuação pactuado previamente;*
- *estabelecer um plano de seguimento para prevenir o aparecimento de novos PRM;*
- *e obter mais informações, para documentar os novos estados de situação e melhorar a fase de estudo, bem como mapear melhor os indicadores de forma longitudinal.*

Para a análise dos diferentes parâmetros do estudo, considerando-se tratar de uma prática em Serviço com dados de mundo real, foram realizadas medidas periódicas nos usuários, a fim de se analisar a importância das intervenções farmacêuticas realizadas (Quadro 10), de acordo com o tipo de evento a ser medido durante o AFT. Cada paciente funcionou como seu próprio controle, por admitir-se não ser ético orientar adequadamente e promover as estratégias para o uso racional da TARV, condição imprescindível para que não haja evolução da doença, especialmente, e assim, minimizar a morbimortalidade relacionada ao HIV/AIDS (BRASIL, 2008; BRASIL, 2012).

4.2. Parâmetros e métodos de avaliação

O AFT foi analisado através de indicadores-chave, a destacar: a) **Indicadores de Resultados Clínico-Laboratoriais** (determinação do valor de linfócitos T CD4⁺ e determinação do valor da carga viral), b) **Indicadores Farmacoterapêuticos** (incidência dos tipos de Problemas Relacionados aos Medicamentos Antirretrovirais; **Medidas de Adesão:** avaliação metodológica, determinação do perfil de cumprimento do plano farmacoterapêutico ARV e seus fatores relacionados) e c) **Indicadores Humanísticos** (Avaliação da qualidade de vida e Análise da satisfação do paciente com relação ao farmacêutico-clínico do serviço e com o programa de atenção farmacêutica estruturado no CEMJA). O Quadro 10 apresenta esses indicadores estabelecidos, os instrumentos de aferição e a frequência da medida, de acordo com o período de acompanhamento (nove meses).

Quadro 10 - Indicadores estabelecidos, instrumentos de medida e frequência da medida, de acordo com o período de acompanhamento.

INDICADORES	INSTRUMENTOS, FONTES DOS DADOS, TESTES LABORATORIAIS, LOCAL DE ANÁLISE DOS INDICADORES.	FREQUÊNCIA DE MEDIDAS
<i>1. INDICADORES DE PROCESSO</i>		
<p>1.1. Quantidade e tipos de intervenções realizadas, destinatário das intervenções e via de comunicação usada.</p>	<p>- <i>Instrumentos:</i> Registro na Ficha de Acompanhamento Farmacoterapêutico individualizada.</p> <p>- <i>Categorização na planilha para tabulação dos PRM e IF - modelo Método Dáder - Machuca et al. (2003), com adaptações para melhor aplicabilidade no grupo em foco.</i> Foi utilizada a escala de Sabater et al. (2005) para categorizar os tipos de IF.</p>	<p>Durante todo o AFT (nove meses).</p>
2. INDICADORES DE RESULTADO CLÍNICO-LABORATORIAL		
<p>2.1. Determinação do valor de linfócitos T CD4.</p>	<p>- <i>Instrumento:</i> Registro na Ficha de Acompanhamento Farmacoterapêutico individualizada.</p> <p>- <i>Fonte dos dados:</i> Resultados dos exames laboratoriais no prontuário de registro médico.</p> <p>- <i>Teste Laboratorial:</i> Método por citometria de fluxo.</p> <p>- <i>Local de análise do exame:</i> Laboratório Central do Estado do Ceará.</p>	<p>Início (1º mês) e ao final (9º mês) do AFT.</p>
<p>2.2. Determinação do valor da carga viral.</p>	<p>- <i>Instrumento:</i> Registro na Ficha de Acompanhamento Farmacoterapêutico individualizada</p> <p>- <i>Fonte dos dados:</i> Resultados dos exames laboratoriais no Prontuário de Registro Médico</p> <p>- <i>Teste Laboratorial:</i> Método por bDNA</p>	<p>Início (1º mês) e ao Final (9º mês) do AFT.</p>

	- Local de análise do exame: Laboratório Central do Estado do Ceará	
2.3. Número de PRM identificados (classes e categorias).	<p>- Instrumento: Registro na Ficha de Acompanhamento Farmacoterapêutico individualizada.</p> <p>- Fonte dos dados: Relatos dos pacientes sobre os problemas no uso dos ARV durante o AFT; relatos da equipe multidisciplinar e descrições no prontuário de registro médico.</p> <p>- Método: Classificação do II Consenso de Granada (Painel de Consenso, 2002).</p> <p>- Local de Análise e Classificação: Ceatenf/GPUIM/UFC.</p>	Durante todo o AFT (nove meses).
3. INDICADORES DE ADESÃO		
3.1. Taxa de Adesão Global à Terapia Antirretroviral	<p>- Instrumento: Registro na Ficha de Acompanhamento Farmacoterapêutico individualizada.</p> <p>- Fonte dos dados:</p> <p>A) Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM – Ministério da Saúde).</p> <p>B) Auto-relato do paciente.</p> <p>- Métodos de Aferição da Adesão:</p> <p>A) Registro de dispensação de medicamentos antirretrovirais (BRASIL, 2010).</p> <p>B) Entrevista direta: Teste de Morisky <i>et al.</i>, (1986); com utilização do questionário de entrevista direta a partir da adaptação do instrumento de Delgado e Lima (2001).</p> <p>- Local de análise do indicador: Serviço de Farmácia Ambulatorial (SAE/CEMJA) – Unidade de Cuidados Farmacêuticos ao paciente soropositivo.</p>	<p>A) Para contabilização do perfil de adesão, contabilizou-se a partir do 3º mês de AFT – análise global de 6 meses – 180 dias).</p> <p>B) Mensal (durante os nove meses de AFT, a partir do 2º mês de dispensação dos antirretrovirais.</p>
4. INDICADORES DE RESULTADO HUMANÍSTICO		
4.1. Satisfação com os Serviços Farmacêuticos.	<p>- Instrumento: Registro na Ficha de Acompanhamento Farmacoterapêutico individualizada</p> <p>- Fonte dos dados: Auto-relato do paciente</p> <p>- Método de Aferição: Questionário (Larson</p>	Final do AFT.

	et al., 2002, modificado por Lyra Jr, 2005)	
4.2. Qualidade de Vida (geral).	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumento: Registro na Ficha de Acompanhamento Farmacoterapêutico individualizada. - Fonte dos dados: Auto-relato do paciente. - Método de Aferição: Questionário- SF36 (Kheir et al, 2004; Ciconelli, 1999). 	Início e final do AFT.

6.2.1. ANÁLISE DOS PARÂMETROS EM ESTUDO:

Indicadores clínico-laboratoriais

➤ *Linfócitos T CD4⁺ e carga viral*

Os valores da carga viral e dos linfócitos T CD4 foram medidos ao longo do AFT. É sugerido que a aferição desses marcadores, na rotina de acompanhamento, seja feita no mínimo a cada quatro meses para pacientes em TARV, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008). As medições da carga viral foram realizadas pelo método bDNA (DNA ramificado) e do nível de linfócitos CD4 mensurados por citometria de fluxo em um mesmo laboratório que é credenciado pelo Ministério da Saúde, a saber, o Laboratório Central (LACEN-Ceará). O limite de detecção com este método é de 50 cópias/ml (BRASIL, 2006). Para a observação do status dessas variáveis no início e no fim do AFT, foi tomado como marco inicial a primeira contagem do início do acompanhamento (1º mês mensurado) e a última contagem realizada na data mais próxima do final dos nove meses do AFT.

Indicadores Farmacoterapêuticos

➤ **Problemas Relacionados com Medicamentos e Intervenções Farmacêuticas**

Para a validação do processo de classificação tanto dos PRM de acordo com II Consenso de Granada (PAINEL DE CONSENSO, 2002) e quanto das, IF através da Escala de SABÁTER et al.

(2005), contou-se com o suporte técnico do Comitê de Especialistas do Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica (CEATENF) e do corpo técnico GPUIM da Universidade Federal do Ceará, que emitiu parecer de concordância ou não com a classificação realizada.

Por sua vez, em particular as RAM (PRM específicos da classe *segurança*) observadas, foram classificadas quanto à causalidade como “*definida, provável, possível, condicional e não relacionada*” e quanto à gravidade como “*leve, moderada, grave e fatal*”, pelo Centro de Farmacovigilância do Ceará (CEFACE/UFC), também pertencente ao GPUIM/UFC, obedecendo à metodologia preconizada pela OMS (2002), quanto à categorização das RAM desencadeadas pelos ARV.

Já as Interações Medicamentosas (IM) foram analisadas e categorizadas em parceria com os membros do Centro de Informação sobre Medicamentos (CIM/GPUIM/UFC), especialistas na área através da ferramenta *Drug Interaction* da base de dados MICROMEDEX. Quanto à sinalização potencial de ocorrência de IM, elas foram classificadas em relação à severidade de acordo com os parâmetros: *Contraindicada; Maior; Moderada; Menor e Desconhecida*. Já o manejo clínico para as IM identificadas foi sugerido de acordo com as recomendações dessa ferramenta eletrônica.

➤ Adesão à farmacoterapia

✚ Método de entrevista direta (autorrelato)

Em relação à adesão, foi adotada a recomendação da literatura neste campo (KEITH, 2011), com a aplicação de dois métodos em paralelo, na busca de avaliar qual o mais prático para no AFT de pacientes HIV positivos, bem como o que representaria maior acurácia dos resultados em relação ao cumprimento da farmacoterapia nesses pacientes. Um deles é o método clássico de entrevista direta do paciente utilizando o de MORISKY et al. (1986), adaptado por DELGADO e LIMA (2001), para as respostas quanto à adesão dos últimos 30 dias de TARV.

Na FAFT deste estudo (APÊNDICE 3) foi estruturado o Bloco C, a partir do instrumento desenvolvido, adaptado e validado por DELGADO e LIMA (2001). O mesmo é composto por sete

perguntas objetivas referentes à adesão ao tratamento medicamentoso, as quais foram respondidas através de entrevista semiestruturada ao paciente. Para cada pergunta, seguem-se opções de respostas do tipo escala de Likert, com suas respectivas pontuações – sempre (1), quase sempre (2), com frequência (3), às vezes (4), raramente (5) e nunca (6). Após a obtenção dos resultados, as respostas de cada questão foram somadas e divididas pelo número total de questões e o valor obtido foi convertido em uma escala dicotômica para interpretação dos pacientes ‘*aderentes*’ e ‘*não aderentes*’ ao tratamento. Na avaliação da adesão por questão, foram considerados como ‘não aderentes’ (que obtiveram valor menor que 5) os resultados relacionados às respostas *sempre*, *quase sempre*, *com frequência* e *às vezes*, e como ‘aderentes’, os resultados relacionados às respostas *raramente* e *nunca* (aqueles que obtiveram pontuação com valor maior ou igual a 5).

As quatro últimas questões foram abertas para auscultar, qualitativamente, a percepção de pontos estratégicos sobre a adesão à farmacoterapia em cada paciente estudado. Esse instrumento foi colocado na FAFT em uma seção diferenciada, considerando a importância da alta adesão do paciente ao esquema ARV para alcance do sucesso terapêutico, bem como para avaliar parâmetros de especificidade, sensibilidade entre outros aspectos desse método amplamente utilizado não só para PVHIV/AIDS, mas em todas as patologias (NIEUWKERK et al., 2005; OIGMAN, 2006).

Registro de dispensação da Farmácia

Buscando aferir de forma mais acurada, assim como, seguir as recomendações da literatura (POLEJACK et al., 2010; KEITH, 2011) em usar pelo menos dois métodos para avaliar a adesão farmacoterapêutica, escolheu-se como segundo método o registro de dispensação da farmácia. Foram analisadas todas as dispensações dos ARV registradas mensalmente na Unidade de Cuidado Farmacêutico do CEMJA até o 9º mês de AFT.

Para cada dispensação foram registradas informações sobre as datas da primeira e subsequentes dispensações, esquemas de ARV dispensados, número de comprimidos, dose de cada medicamento e ocorrência de trocas. Neste trabalho, tomou-se como referencial para este método as diretrizes publicadas pelo Ministério da Saúde no Projeto ATAR que compila uma coletânea de estudos sobre a adesão ARV no Brasil (BRASIL, 2010).

Assim, considerou-se como troca de esquema: a inclusão, exclusão ou ajuste de dose de pelo menos um dos ARV do esquema terapêutico. O tempo entre as dispensações de ARV foi calculado pela diferença, em dias, entre as datas das mesmas, até o 9º mês após a primeira

dispensação. A análise do conjunto dos períodos transcorridos entre as dispensações foi necessária, caso a caso, com vistas a estabelecer estatisticamente, o ponto de corte para a decisão de quantos dias uma dispensação seria considerada irregular.

As dispensações dos ARV foram avaliadas pelo tempo e pelo número de comprimidos dispensados para o consumo mensal. O número de comprimidos dispensados de cada ARV foi ajustado de acordo com a dose e com os esquemas prescritos e verificados para o consumo mensal. Em casos excepcionais, quando o serviço autorizava dispensações antecipadas de maiores quantidades de ARV, devido a feriados, viagens, etc, tanto o tempo quanto a contagem de comprimidos foram ajustados para o período mensal. Dessa forma, as dispensações de ARV foram expressas pela prevalência no período de nove meses, independentemente do momento de ocorrência das mesmas, e categorizadas em três grupos, de acordo como preconizado pelo Protocolo de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010):

a) **Regular**: quando não houve qualquer irregularidade, nem no tempo nem na quantidade dispensada até o 9º mês de seguimento;

b) **Irregular**: quando o tempo entre as dispensações foi maior do que um dia após o tempo médio ou quando o número de comprimidos dispensados foi menor do que 95% do total de comprimidos esperado para cada esquema de ARV prescrito, até o 9º mês de seguimento. Para cada paciente foi computado o número de vezes em que o critério de retirada irregular foi preenchido, independente de quando este ocorreu;

c) **Abandono**: quando o paciente ficou mais de 90 dias sem retirar os ARV após o período de cobertura referente à última dispensação e não mais retornou até o 9º mês de AFT, para que fosse reinserido no programa. Para uma completa avaliação de cada caso, foi necessário associar essa situação a outros fatores de monitoramento, como, por exemplo, as faltas a consultas médicas agendadas e o não retorno do paciente em seis meses, além dos já citados.

Análise estatística: Teste de Concordância para Métodos de Adesão (Kappa)

O coeficiente Kappa (κ) é uma medida de concordância entre duas medidas ou entre medidas realizadas por meio de métodos diferentes, entre julgamento feito por juízes diferentes e mede o grau de concordância além do que seria esperado tão somente pelo acaso. Kappa igual a zero indica que a concordância foi exatamente a esperada pelo acaso. O valor máximo para este coeficiente é igual a 1, que representa total concordância. Quanto maior a concordância, maior o

valor do coeficiente. Valores negativos sugerem que a concordância é mais fraca que a esperada por acaso (AGRESTI, 1990). Realizou-se esse teste para avaliar a concordância entre os métodos de aferição da adesão a farmacoterapia ARV neste contexto de um estudo de dados de mundo real de prática da AF.

Indicadores Humanísticos

➤ **Análise da Satisfação como resultado de um programa de atenção farmacêutica para pessoas vivendo com HIV/AIDS**

Com relação à satisfação, foi utilizado um instrumento estruturado e validado na língua inglesa a partir da literatura (LARSON et al., 2002), composto de quatro dimensões (*qualidade da orientação, consideração do farmacêutico com o paciente, competência profissional e manejo da farmacoterapia*) e formado por uma escala composta por cinco alternativas (sempre = 5, quase sempre = 4, às vezes = 3, quase nunca = 2, nunca = 1). A versão final do instrumento utilizado neste estudo devidamente vertida para o português por tradutor juramentado, foi submetida à avaliação de um corpo de juízes composto por cinco farmacêuticos e um enfermeiro, todos bilíngues, conhecedores da finalidade do questionário e dos conceitos que foram analisados e assim adequados ao cenário brasileiro de prática farmacêutica (LYRA JR et al, 2004). Todas as alterações recomendadas separadamente foram editadas e padronizadas pela própria comissão, em comum acordo. Também foram incluídas duas perguntas abertas para permitir uma maior compreensão da percepção das PVHIV/AIDS sobre o significado do farmacêutico clínico em prover o cuidado farmacêutico e do programa de AF como um todo, na sua saúde.

Para a aplicação desta parte do trabalho (realizada ao final do AFT), fez-se uma pactuação e treinamento prévio com as assistentes sociais do time multidisciplinar de atenção às PVHIV/AIDS do CEMJA para que as mesmas pudessem executar esta avaliação junto aos usuários acompanhados. O objetivo era também impedir que houvesse quaisquer constrangimento ou vieses de aferição por parte dos entrevistados caso as perguntas fossem realizadas pelo farmacêutico ou alguém do grupo do Serviço de Farmácia.

Assim, as questões eram pontuadas em sala privativa no CEMJA, o que permitiu um diálogo aberto, franco e direto com as PVHIV/AIDS, ratificando que em nenhum momento haveria qualquer limitação, prejuízo, dano ou retaliação ao usuário por alguma resposta negativa ou posicionamento contrário ao profissional e/ou ao Serviço. As entrevistas também seguiram um roteiro semi-estruturado e, por questões éticas, a confidencialidade das respostas também foi mantida em relação ao Serviço até final do estudo, sendo reveladas apenas na análise dos dados.

➤ **Análise da qualidade de vida como resultado humanístico de um programa de atenção farmacêutica para pessoas vivendo com HIV/AIDS**

A avaliação da qualidade de vida foi realizada em dois momentos, no início do AFT (1º encontro) e ao final do AFT (9º encontro). Para tanto, foi aplicado a cada paciente, por meio de entrevista, o questionário de avaliação da qualidade de vida SF-36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey/SF-36) traduzido, validado para a língua portuguesa por CICONELLI *et al* (1999) e inserido à FAFT, a fim de avaliar o status da qualidade de vida no início e fim do AFT.

O instrumento utilizado abrange 36 itens, englobados em oito domínios: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (quatro itens), dor (dois itens), estado geral da saúde (cinco itens), vitalidade (quatro itens), aspectos sociais (dois itens), aspectos emocionais (três itens), saúde mental (cinco itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás. O SF-36 avalia tanto os aspectos negativos da saúde (doença ou enfermidade), como os aspectos positivos (bem-estar) e para cada um dos domínios obtém-se um escore ao se aplicar uma escala de medida com valores de 0 a 100, onde zero corresponde ao pior resultado e cem ao melhor resultado.

4.3. Local do estudo

O estudo foi realizado no Serviço de Farmácia do CEMJA, do Município de Fortaleza, que atualmente se configura como uma Unidade de Referência pertencente ao SUS, possuindo atendimento em diferentes especialidades clínicas como: neurologista, gastroenterologista, cardiologista, oftalmologista, geriatra, endocrinologista, neuropediatra, hematologista,

pneumologista, dermatologista, ortopedista, mastologista, urologista, otorrinolaringologista, nutricionista, reumatologista, acupuntura e infectologia, ao qual está estruturada também uma unidade de atendimento às DST/AIDS, denominado como Serviço de Assistência Especializado (SAE) para as PVHIV/AIDS, em nível secundário de saúde.

Este Centro conta com três médicos infectologistas que têm uma média de 270 consultas/mês, possuindo três farmácias, onde uma delas atende exclusivamente os pacientes portadores do vírus, que até abril de 2014 tinha 890 PVHIV/AIDS cadastrados em geral, em que foi estruturada a Unidade de Cuidado Farmacêutico deste projeto, com a atuação de duas farmácêuticas, uma em cada turno.

A média de atendimento de novos pacientes infectados com HIV no SAE gira em torno de 20, mas apenas uma média de 15 é encaminhada pelos infectologistas para o início da TARV. São disponibilizados todos os medicamentos necessários para a terapia antirretroviral através da Secretaria Estadual de Saúde, além dos medicamentos para doenças oportunistas e distribuição de preservativos. O modelo de atuação farmacêutica neste Serviço seguia o método tradicional vivenciado na maioria das farmácias ambulatoriais brasileiras que atendem estes pacientes, com a distribuição dos medicamentos e a orientação farmacêutica padrão para as demandas trazidas pelos usuários no âmbito do processo saúde-doença HIV/AIDS.

O AFT de cada paciente foi executado pelos farmacêuticos do Serviço (um pela manhã e um à tarde, de segunda à sexta), com colaboração de bolsistas acadêmicos de Farmácia, colaboradores do CEATENF (n=cinco durante todo tempo do estudo) que foram devidamente treinados no método de AFT e todo o processo foi auditado pelo farmacêutico pesquisador para tentar evitar vieses de seleção, aferição da informação, tabulação e análise.

A seleção do local para o desenvolvimento do serviço de AF foi feita a partir de um comitê de trabalho (grupo focal) formado por professores da área de Farmácia Hospitalar, Farmacologia Aplicada e Atenção Farmacêutica, farmacêuticos do Serviço especializado em AIDS do Ceará e integrantes do CEATENF, da Universidade Federal do Ceará. O grupo, após discussões, selecionou o CEMJA pela expressiva demanda de PVHIV/AIDS e por ser uma instituição em nível de atenção secundária de saúde. No CEMJA tem-se uma ambiência onde a multidisciplinaridade se apresenta de forma nítida, o que se alinha aos propósitos deste trabalho, centrado na ótica analítica dos processos de trabalho em relação ao cuidado farmacêutico para PVHIV/AIDS em um contexto real.

Após escolha do local, reuniões sistemáticas do grupo focal objetivaram a estruturação da documentação e o registro de procedimentos referentes ao acompanhamento de pacientes. Para tanto, procedeu-se da revisão bibliográfica em fontes de informações específicas, mencionando a prática da AF em PVHIV/AIDS, aspectos relacionados à adesão ao tratamento, perfil farmacoepidemiológico e estilo de vida dos pacientes soropositivos, bem como foram estruturados instrumentos para educação em saúde e documentação/registro utilizados nos serviços assistenciais e clínicos envolvendo o farmacêutico deste estudo.

4.4. Período do estudo

O AFT de cada PVHIV/AIDS teve duração de nove meses (um atendimento farmacêutico/paciente/mês), com o início da captação dos paciente no dia 1º de novembro de 2008 e o término desse processo em 31 de Janeiro de 2012. Esse longo período de captação foi decorrente dos seguintes fatores: a) *da necessidade de um tempo minimamente adequado para analisar as variáveis em questão com o decorrer no processo de cuidado farmacêutico*; b) *pelos diferentes perspectivas do estudo* e c) *a complexa natureza do processo saúde-doença que se estabelece nos pacientes-alvo deste trabalho*.

Ainda sobrepostas a estas questões, somaram-se as peculiaridades sócio-culturais e comportamentais que ainda estão agregadas às PVHIV/AIDS que faltavam por diferentes motivos, fazendo com que alguns atendimentos farmacêuticos não tenham acontecido nos dias previamente agendados e, assim, houve a necessidade de reagendamentos e o postergar da finalização do AFT na data planejada inicialmente.

O reagendamento, em caso de faltas do paciente ao atendimento farmacêutico, era realizado por telefone, utilizando a estrutura do próprio Serviço do CEMJA, em que foi estabelecido como ponto de corte três tentativas de contato telefônico para reagendar uma nova data para continuidade do AFT. Esta estratégia buscava minimizar os abandonos da TARV, bem como, do processo de atenção farmacêutica a essa população-alvo.

4.5. Estudo Piloto

Inicialmente, quando foi avaliado o cenário a ser desenvolvido o estudo, verificaram-se os seguintes obstáculos: *escassos trabalhos na área de Serviços de Atenção Especializada a PVHIV/AIDS em nível secundário de saúde com resultados efetivos de AFT; instrumentos elaborados em outros países e aplicados para um modelo de assistência à saúde diferente do praticado em nossa Região e contexto de prática e, principalmente, a in experiência de exercitar um método que, até então, só era conhecido no campo teórico pelos farmacêuticos do Serviço, associado ao panorama do estudo desenhado, com diferentes perspectivas de análise em um mesmo trabalho* (clínica, farmacoterapêutica e humanística).

Por isso, foi necessário um planejamento prévio com toda a equipe (professores/gestores do CEATENF, farmacêuticos do CEMJA, farmacêutico pesquisador e acadêmicos de Farmácia membros do CEATENF) para esclarecimento dos objetivos do estudo e, conseqüentemente, buscar uma melhor acurácia no momento da coleta dos dados. Essa fase foi compreendida em dois momentos, a saber:

I – TREINAMENTO DO GRUPO DE PESQUISA - Essa etapa foi caracterizada pela discussão no grupo sobre aspectos conceituais da AF e suas interfaces; apresentação do Método Dáder e sua aplicação para pacientes ambulatoriais; definição de indicadores de estrutura, de processo e de resultados clínicos a serem usados na implantação do serviço; familiarização com as terminologias utilizadas no âmbito do cuidado farmacêutico, bem como na assistência das PVHIV/AIDS; e assim, maior integração entre os próprios elementos do grupo, uma vez que eles tinham diferentes níveis de conhecimento sobre a temática abordada. Esse período foi compreendido entre maio e julho de 2008.

II – OBJETIVOS DO ESTUDO-PILOTO - O estudo-piloto teve como propósitos maiores: *realizar um alinhamento técnico sobre Atenção Farmacêutica entre os integrantes do projeto; elaborar e avaliar a aplicabilidade dos instrumentos de coleta de dados, identificar ferramentas de apoio necessárias para facilitar a pesquisa; verificar o tempo demandado na realização de cada bloco de parâmetro a serem medidos durante o AFT das PVHIV/AIDS para se determinar a condição operacional do farmacêutico e dos demais colaboradores e harmonizar os*

fluxos de trabalho entre o binômio Serviço (CEMJA) – Pesquisa (Doutorando/CEATENF), realizando os ajustes necessários em quaisquer processos.

III – APLICAÇÃO DO ESTUDO-PILOTO: após familiarização com o processo de trabalho a ser seguido, bem como aplicação dos instrumentos necessários para o AFT das PVHIV/AIDS, foi realizado um estudo-piloto entre 1º de setembro a 31 de outubro de 2008, contemplando uma amostra de 25 pacientes.

4.6. Seleção dos pacientes, critérios de inclusão e exclusão

As pessoas vivendo com HIV/AIDS selecionadas neste estudo tinham atendimento específico no CEMJA quanto a esta condição de saúde-doença, onde foi projetado um número alvo de 100 usuários para acompanhamento através de amostra por conveniência temporal (demanda espontânea no Serviço).

Os critérios de inclusão para inserção no AFT foram:

- ✓ PVHIV/AIDS ≥ 18 anos;
- ✓ PVHIV/AIDS em regime ambulatorial, iniciando tratamento antirretroviral;
- ✓ PVHIV/AIDS que não tenham participado de algum estudo de intervenção farmacêutica;
- ✓ PVHIV/AIDS que concordaram em participar do estudo (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – APÊNDICE 2)

Os critérios de exclusão foram:

- ❖ PVHIV/AIDS com transtornos mentais e cognitivos, impossibilitados de responder aos questionários durante o atendimento farmacêutico;
- ❖ PVHIV/AIDS presidiários que por questões de segurança não são individualmente atendidos;
- ❖ PVHIV/AIDS que faltaram a três consultas consecutivas e não atenderam a três tentativas para reagendamento por telefone.

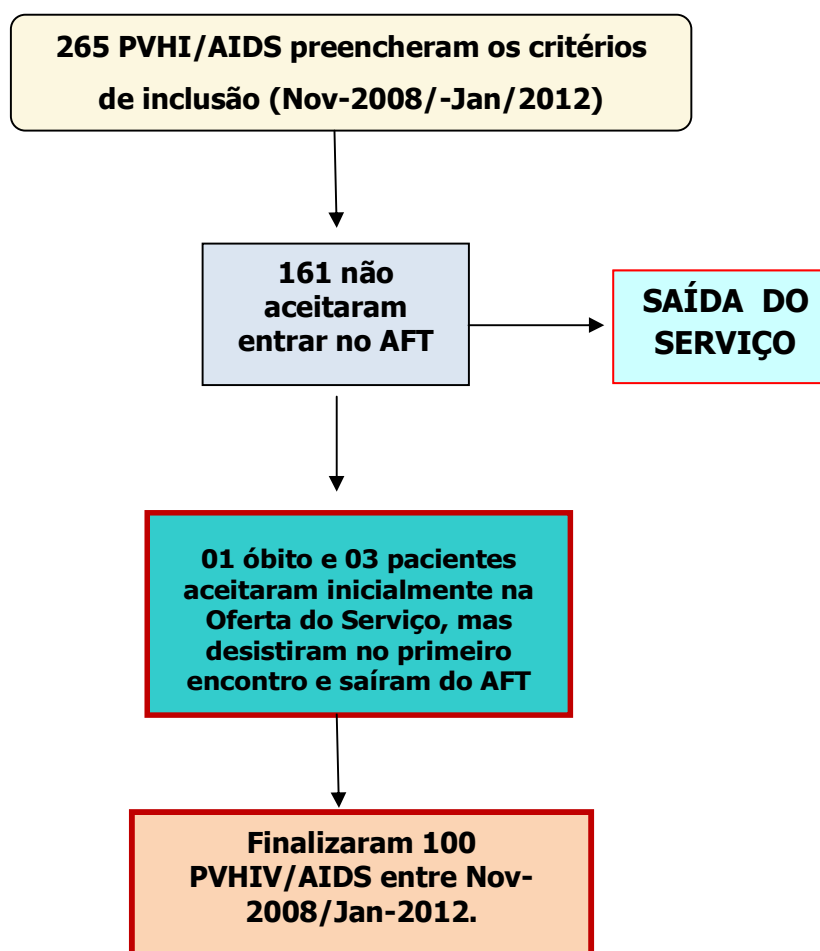


Figura 8 - Fluxo do processo de inclusão/exclusão e definição do tamanho da amostra.

4.7. Análise estatística

A análise dos resultados foi realizada após o processamento dos dados, com o suporte de acadêmicos concludentes, técnicos e dois professores do Laboratório de Estatística e Matemática Aplicada (LEMA) da UFC, além de professores da área de saúde, para complementação dos saberes, usando o do programa *Statistic Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 e incluiu os seguintes procedimentos:

Quadro 11 – Descrição dos processos e métodos analíticos de estatística realizados em cada bloco de dados do estudo “acompanhamento farmacoterapêutico de pessoas com HIV sob terapia antirretroviral: adequação, aplicação e análise de indicadores clínico-laboratoriais, farmacoterapêuticos e humanísticos na atenção farmacêutica” (Nov/2008 – Jan/2012).

BLOCO	DESCRIÇÃO
A	<p>Apresentação de valores de medidas descritivas para as variáveis quantitativas: idade e peso no dia da entrevista; para as variáveis qualitativas foram apresentadas as frequências simples e as frequências percentuais para cada categoria de resposta, considerando-se os casos para os quais havia informação disponível;</p> <p>Foram apresentadas tabelas de contingência para o cruzamento de categorias das variáveis qualitativas do bloco A com blocos BII, BIII, BVI, C;</p> <p>Além das tabelas de contingência, foram feitos testes de associação baseados no teste Exato de Fisher para verificar a associação entre variáveis qualitativas do bloco A e bloco C e adesão segundo o método de registro de dispensação de medicamentos.</p>
B	<p>Para as variáveis qualitativas foram apresentadas as frequências simples e as frequências percentuais para cada categoria de resposta, considerando-se os casos para os quais havia informação disponível. Para variáveis quantitativas, foram apresentados os valores de medidas descritivas. Em alguns casos foram apresentados os valores das medidas descritivas para diferentes categorias de variáveis quantitativas. Foi realizado teste t-Student para comparação de grupos para algumas medidas tais como carga viral e CD4.</p>
C	<p>Para as variáveis qualitativas foram apresentadas as frequências simples e frequências percentuais para cada categoria de resposta, considerando-se os casos para os quais havia informação disponível.</p> <p>Foram apresentadas tabelas de contingência para o cruzamento das categorias de adesão para os dois métodos;</p> <p>Foi realizado teste de concordância segundo a estatística de Kappa para avaliar a concordância entre os dois métodos para classificação de pacientes quanto à adesão.</p>
D	<p>Foram apresentadas as frequências simples e as frequências percentuais para cada categoria de resposta, considerando-se os casos para os quais havia informação disponível.</p>
E	<p>Foram apresentadas as frequências simples e as frequências percentuais para cada categoria de resposta, considerando-se os casos para os quais havia informação disponível.</p>
F	<p>Foram apresentadas as frequências simples e frequências percentuais para cada categoria de resposta, considerando-se os casos para os quais havia informação disponível.</p>
G	<p>Apresentação de valores de medidas descritivas para as variáveis quantitativas de</p>

	<p>qualidade de vida, realização do teste de Wilcoxon para a comparação entre as medidas de qualidade de vida antes e depois da AF, análise do coeficiente de correlação de Pearson entre as variáveis e o teste de correlação para a verificação da significância estatística desta medida. O Teste de t-Student para a comparação das variáveis de qualidade de vida entre pacientes sintomáticos e assintomáticos e pacientes aderentes e não aderentes.</p>
--	---

4.8. Validação das informações

Para que fossem avaliadas as potencialidades de melhorias do processo de trabalho e minimizados os vieses, durante o desenvolvimento do estudo, foram planejadas reuniões mensais com o pesquisador, o orientador, o corpo técnico e docente do CEATENF e os farmacêuticos do Serviço de Farmácia do CEMJA, buscando realizar a melhor gestão da pesquisa e a partir das não conformidades detectadas e encontrar estratégias para a melhor realização do projeto.

4.9. Aspectos éticos

Este estudo é um subsistema de um projeto global (*“Acompanhamento farmacoterapêutico de pessoas com HIV sob terapia antirretroviral: avaliação e impacto do acompanhamento, desenvolvimento de software e investigação experimental de reações adversas detectadas”*) envolvendo o seguimento de pacientes HIV-positivo, aprovado pelo CNPq, pelo Edital Universal com N° MCT/CNPq 15/2007 – UNIVERSAL.

Com relação aos aspectos éticos, o estudo foi projetado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (CNS, 1996) e foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal do Ceará e aprovado sua realização, com N° 191/8 de Protocolo em 26 de Setembro de 2008 (APÊNDICE 2).

5. RESULTADOS

5.1. CAPÍTULO 1: *Elaboração, adaptação e aplicação de instrumentos necessários para a documentação e o registro das atividades do cuidado farmacêutico.*

Neste capítulo inicial são apresentados os resultados referentes à estruturação, adaptação e aplicação dos instrumentos referentes ao macro-componente da AF: *documentação e registro contínuo e sistemático das atividades clínicas, mensuração e avaliação dos resultados*, em específico para o cuidado das PVHIV/AIDS.

5.1.1. *Ficha de Acompanhamento Farmacoterapêutico (FAFT)*: A ficha de acompanhamento farmacoterapêutico do paciente HIV positivo foi estruturada de forma a contemplar sete blocos, cada um objetivando obter informações específicas a serem registradas durante a entrevista do AFT individualizado. O processo de elaboração da ficha contemplou, passo a passo, as peculiaridades da população estudada e a viabilidade de aplicação no serviço.

O “bloco A” contemplava uma seção única com 25 questões sobre os dados pessoais e o estilo de vida do paciente e era preenchido com base nas informações obtidas na primeira entrevista e na análise do prontuário do paciente. Este bloco foi dividido em dois subitens: o primeiro, “Dados do paciente”, define o perfil social do paciente (sexo, idade, estado civil, raça, escolaridade etc.), além de sua situação econômica e atividade laboral; e o segundo, que inclui informações sobre o “Estilo de vida”, como hábitos de vida (consumo de álcool, drogas lícitas ou ilícitas), atividades físicas, religiosas e recreativas.

O “bloco B” foi aplicado durante a primeira entrevista e preenchido de acordo com as informações obtidas do paciente e da análise do seu prontuário. Contemplava os dados farmacoterapêuticos e de AF. Esse bloco foi subdividido em sete seções (de II a VIII), as quais abordam os seguintes temas: II) Anamnese farmacêutica remota; III) Anamnese farmacológica referente à automedicação e aos medicamentos rotineiramente utilizados nos últimos 30 dias, exceto os ARV; IV) Problemas gerais que podem interferir no tratamento; V) Avaliação do conhecimento do próprio paciente sobre a doença, forma de contrair/transmitir o vírus, tratamento, formas de prevenção e complicações da doença; VI) Dados sobre a TARV e adjuvantes, local e tempo de diagnóstico, presença de sinais e sintomas à época do início da TARV, esquemas de

tratamento antirretroviral inicial e secundários, dentre outras informações; VII) Problemas relacionados aos medicamentos antirretrovirais, registrando também as IF realizadas e, ainda, VIII) Exames laboratoriais realizados, tomando como base a consulta ao prontuário.

O “bloco C”, composto de 14 questões, visou desenhar o perfil de adesão dos sujeitos à TARV e afins. Neste bloco, estava inserido um questionário desenvolvido por DELGADO e LIMA (2001) intitulado “Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)”, composto por sete questões fechadas e complementado por quatro questões abertas, estruturadas a partir de uma adaptação do teste de Morisky (MORISKY *et al.*, 1986). Estas questões tinham o objetivo de aprofundar as informações fornecidas no questionário e eram aplicadas no segundo encontro com o paciente e em todos os meses subsequentes.

Por sua vez, o “bloco D”, composto por seis questões, visava coletar outras informações, permitindo ao farmacêutico obter dados extras que possibilitem o entendimento amplo da situação do entrevistado, abordando temas como: alteração da rotina de vida diretamente ligada aos ARV, conhecimento acerca de IM, dificuldades na obtenção dos medicamentos, cuidados em relação ao armazenamento dos medicamentos e na administração dos mesmos, bem como o apoio familiar para realização do tratamento. Este bloco era preenchido no segundo encontro, em uma única vez.

O “bloco E” contava com oito questões sobre o atendimento e a relação do paciente com o Serviço de Farmácia e ênfase para a assistência prestada pelos outros profissionais da equipe multidisciplinar específica do paciente soropositivo. O farmacêutico responsável pela aplicação desse bloco realizava esta atividade no quinto encontro. Dentre as informações abordadas no “bloco E” estava a relativa satisfação do paciente com a TARV e o atendimento do Serviço de Farmácia, confiança na equipe médica e informações fornecidas pela equipe multidisciplinar quanto à finalidade do tratamento, efeitos adversos da TARV, IM e armazenamento dos medicamentos.

O “bloco F” consistia no “Questionário de Satisfação do Paciente com Relação ao Farmacêutico e ao Programa de Atenção Farmacêutica” adaptado por LYRA JÚNIOR *et al.* (2005), abrangendo 14 questões objetivas sobre o atendimento do farmacêutico-pesquisador e sobre as informações prestadas por esse profissional, além de duas questões subjetivas sobre a percepção do paciente em relação à importância do farmacêutico para sua saúde e a importância da participação em um programa de AF. A aplicação deste bloco é proposta ao final do AFT.

Por fim, tem-se outro bloco G, relacionado à análise humanística dos indicadores da AF. O questionário traduzido e validado por CICONELLI (1999) para avaliar a qualidade de vida dos pacientes deste estudo foi escolhido porque este tipo de instrumento genérico pode avaliar com acurácia os diferentes aspectos relacionados à saúde e mostram o impacto que uma doença afeta em um indivíduo em particular (CICONELLI et al, 1999; FAYERS, MACHIN, 2000).

Para a avaliação da viabilidade e da necessidade de ajustes no instrumento, realizou-se um estudo piloto a partir do dia 1^a de setembro ao dia 31 de outubro de 2008 com 25 pacientes atendidos no centro de especialidades do estudo. Como indicador de processo, durante o piloto, verificou-se que o tempo médio de aplicação dos blocos da ficha de AFT foi de 40 minutos no primeiro encontro e de 15 minutos nos encontros subsequentes. Dentre os pacientes, 14 eram do sexo masculino (56%) e a idade média foi de 37 anos. Quanto ao tempo de diagnóstico da infecção, a maioria o havia recebido há, no máximo, um ano. O estado civil mais citado entre os entrevistados foi o solteiro.

No que diz respeito aos indicadores de resultados farmacoterapêuticos, os problemas relacionados aos ARV e às IF foram, inicialmente, registrados na ficha de AFT. No entanto, para estes indicadores, notou-se a necessidade de se fazer ajustes no instrumento matriz do AFT devido ao espaço exíguo e à pouca operacionalidade decorrente do fluxo de preenchimento do Método Dáder. Assim, foi elaborado um novo instrumento de documentação de registro para PRM e IF específico para este estudo de forma a otimizar o processo de coleta, tabulação e análise dos dados (APÊNDICE 4 - Quadro de categorização sistemática dos PRM, Intervenções Farmacêuticas e demais parâmetros do AFT).

Como resultados, foram identificados 322 PRM representando um total de 12,9 PRM/paciente. Considerando apenas os PRM reais (n=217; 67,4%), ou seja, aqueles que realmente aconteceram, o PRM-5 (relacionado à segurança do medicamento que não é dose-dependente, n=153; 70,5%) foi o mais evidenciado, seguido pelo PRM-4 (relacionado à efetividade do medicamento e depende da dose/ adesão, n=33; 15,2%) e PRM-1 (relativo à necessidade de se ter o medicamento/não-adesão, n=29; 13,4%). Ao longo do AFT, foram realizadas 295 intervenções farmacêuticas, prontamente registradas na ficha, se aceitas ou não, pelos atores envolvidos (farmacêutico-paciente; farmacêutico-paciente-médico; farmacêutico-médico).

Levando-se em consideração que a documentação/registo é um macro-componente estratégico da AF e, tendo em vista a necessidade de harmonização dos procedimentos e condutas durante a implantação de uma Unidade de Cuidados Farmacêuticos dentro de um contexto do SUS, a FAFT para as PVHIV/AIDS foi estruturada em uma perspectiva ampla alinhada nas bases filosófica-operacionais do cuidado farmacêutico (aspectos clínicos, focados nas necessidades de cada pessoa e com abordagem humanística), buscando sua aplicabilidade no cenário brasileiro da AF. Assim, obteve-se como resultado um instrumento de registo farmacoterapêutico em âmbito ambulatorial para esta população-alvo (APÊNDICE 3 – FAFT).

No decorrer do estudo, outras ferramentas de registros do cuidado farmacêutico foram elaboradas a partir das demandas que surgiam no Serviço de AFT. Dentre essas, podem-se destacar o Folder de Orientação Farmacêutica (APÊNDICE 5) para PVHIV/AIDS. Ainda, buscando promover uma maior segurança na farmacoterapia antirretroviral, foi estruturado um *Guia de Bolso* prático para consulta rápida sobre as principais IM, envolvendo esses medicamentos (APÊNDICE 11 – Guia de Interações).

Na perspectiva de incrementar o processo de comunicação entre a tríade farmacêutico-usuário-médico assistente, além de buscar fortalecer a efetividade e a segurança do plano terapêutico proposto, foi estruturado um Informe Farmacoterapêutico (Ficha de Contra-Referência Farmacêutica) da pessoa vivendo com HIV/AIDS (APÊNDICE 12) adaptado de Reis (2005) contemplando os seguintes parâmetros:

- ✓ **Apresentação do paciente**: foram enunciados dados pessoais do paciente.
- ✓ **Medicamentos utilizados/prescritos**: dados farmacoterapêuticos, de informação relevante, relacionando os medicamentos de sua doença de base (os que tiveram algum PRM real ou potencial e que necessitaram de IF com validação médica).
- ✓ **Queixas, sinais e sintomas** relacionados com o problema de saúde que determinaram ou influenciaram no aparecimento do PRM.
- ✓ **Parecer do farmacêutico**: relação possível do problema de saúde com os medicamentos, uma vez que foram estudados todos eles. Sugestão do farmacêutico para solucionar o problema.

- ✓ ***Despedida:*** foram feitas as recomendações devidas; o pesquisador colocou-se à disposição da PVHIV/AIDS e do médico (contatos impressos no instrumento com o número de telefone e o *e-mail*) para elucidação de quaisquer dúvidas, bem como para ratificar o compromisso social e ético com o usuário.

5.2. CAPÍTULO 2: *Delineamento do perfil sócio-demográfico, estilo de vida e farmacoepidemiológico das pessoas vivendo com HIV/AIDS.*

Durante o AFT das pessoas vivendo com HIV/AIDS (n=100), assistidos no CEMJA, entre 1º de novembro de 2008 a 31 de janeiro de 2012, também foram investigados parâmetros relativos às características farmacoepidemiológicas, ao estilo de vida e ao conhecimento do processo saúde-doença das PVHIV/AIDS, para melhor mapeamento da situação com a qual o farmacêutico se deparava e, então, traçar estratégias mais específicas para o grupo estudado. Essas informações foram registradas no bloco A e B da FAFT.

A Tabela 1 mostra um painel dos parâmetros sociodemográficos da amostra acompanhada. Quanto à idade, encontrou-se uma média de 35,42 anos entre os avaliados (mín = 19 anos; máx = 66 anos e desvio padrão = 10,61). A maior parte concentrava-se entre 20 a 40 anos. Em relação ao peso, foi observado um valor médio de 64,94 kg na amostra em estudo com peso máximo de 103 kg e o menor peso encontrado entre os avaliados foi de 39 kg (desvio padrão = 12,34). A quase totalidade dos entrevistados residia em Fortaleza 96% (n=96). No que diz respeito ao sexo, houve predomínio de homens, representando 69% (n=69) e quanto à raça, 65 consideraram-se pardos (65%).

Os solteiros abrangeram considerável percentual (62,0%, n=62) dos entrevistados, seguidos por aqueles casados (32,0%, n=32). Apenas dois (2%) dos entrevistados relataram ser viúvos.

Quanto aos aspectos de convivência, 79 pacientes relataram morar com a família (79,0%), 17 relataram morar sozinhos (17,0%) e dos quatro outros (4,0%), três eram amigos e um vivia em uma casa de apoio. A presença de um cuidador foi observada em 33 destes (33,3%, n=45), sendo representado pela família para maioria dos acompanhados (57,6%, n=19). Quando questionados sobre se o cuidador é fixo, das 33 PVHIV/AIDS avaliadas, 30 responderam que “sim” (90,9%).

A análise da escolaridade revela uma considerável parcela dos entrevistados com um baixo índice de escolaridade, uma vez que 42% (n=42) das PVHIV/AIDS eram analfabetas ou estudaram até o nível fundamental. Por outro lado, foi encontrada outra faixa de maior escolaridade com 48% entre os 100 indivíduos acompanhados da amostra, englobando do nível médio até nível superior completo.

Quanto à ocupação, foi detectado um painel heterogêneo neste parâmetro. Do total monitorado (n=100), os que trabalhavam com vínculo empregatício representavam cerca de um terço dos pacientes (33,3%), seguidos dos desempregados com 26,0%, sendo 24 autônomos (24,0%) e 4% aposentados. Verificou-se que os indivíduos que possuíam renda mensal entre o intervalo de um a menos que dois salários mínimos (41,0%; n=41) foram os mais presentes na amostra analisada e estavam entre os da faixa de menos de um até três salários mínimos a grande maioria dos entrevistados (88%; n=88). Notou-se que a quase totalidade dos entrevistados referiram não obter o auxílio doença (97,0%; n=97).

A Tabela 2 apresenta um conjunto de informações sobre o estilo de vida das PVHIV/AIDS acompanhados neste estudo. Na investigação do uso de bebida alcoólica, foram detectados 41 casos de uso dentre os entrevistados (41,0%; n=41). Praticamente a metade dos entrevistados relatou fazer a ingestão de bebida alcóolica com entre uma frequência diária e semanal (48,8%; n=41) e o histórico familiar de alcoolismo foi relatado por 58 entrevistados (58,0%), sendo o tipo de parentesco “outros familiares” (50,0%; n=58) e pais (15,6%; n=45) os mais frequentes observados.

Já o uso de drogas ilícitas foi referido por 10 usuários (10,0%) entre os 100 em AFT. Histórico de envolvimento com drogas ilícitas na família foi relatado por 31 pacientes (31,0%), sendo mais frequente este tipo de relação com outros familiares em 28 citações (87,5%, n=32). As substâncias mais utilizadas pelos pacientes foram maconha, maconha + cocaína e cocaína + crack, cuja frequência mais relatada foi a semanal (6,0%, n=10). O tabagismo foi descrito por 17 entrevistados (17%), os quais 14 (82,4%; n=17) praticam o hábito diariamente.

Apenas 22 (22,0%) indivíduos afirmaram realizar atividades físicas. Entre as mais exemplificadas, teve-se a caminhada (40,9%; n=22), a musculação (36,4%, n=22) e outros (18,2%, n=22), tendo a frequência diária de forma mais evidentemente relatada pelos entrevistados (59,1%; n=22). Em relação às atividades religiosas, 67 participantes do estudo (67,0%) afirmaram ter algum tipo de prática relacionada à fé, na maior parte eram católicos (71,6%; n= 67) e realizavam

com frequência semanal, em sua maioria (46,3%, n=67). A prática de atividades recreativas foi referida por 65 participantes (65,0%), com a realização semanalmente e ocasionalmente com o mesmo número de relatos (32,3%, n= 65).

Tabela 1 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante em acompanhamento farmacoterapêutico quanto ao perfil sociodemográfico, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Variáveis em análise	Parâmetros	N	%
Idade	Até 29 anos	33	33
	De 30 a 39 anos	35	35
	De 40 a 49 anos	22	22
	50 anos ou mais	10	10
	Total	100	
Peso	Menor que 50 kg	11	11
	De 50 a 70 kg	57	57
	de 70 a 90 kg	28	28
	Maior que 90 kg	4	4
	Total	100	
Cidade (moradia)	Fortaleza	96	96
	Interior	2	2
	Região Metropolitana	2	2
	Total	100	100
Sexo	Feminino	31	31
	Masculino	69	69
	Total	100	
Estado civil	Casado	36	36
	Solteiro	62	62
	Viúvo	2	2
	Total	100	
Raça	Amarela	1	1
	Branca	24	24
	Pardo	65	65
	Preta	10	10
	Total	100	
Escolaridade	Analfabeto	2	2
	Sabe ler e escrever	2	2
	Fundamental incompleto	27	27
	Fundamental completo	11	11
	Médio incompleto	8	8
	Médio completo	32	32
	Superior incompleto	6	6
	Superior completo	12	12
Total	100		
Ocupação	Desempregado	26	26
	Aposentado	4	4

	Trabalhador autônomo	24	24
	Trabalhador com vínculo empregatício	33	33
	Outros (especificar)	13	13
	<i>Auxiliar de escritório</i>	1	7,7
	<i>Corretor</i>	1	7,7
	<i>Doméstica</i>	2	15,4
	<i>Está afastado por acidente</i>	1	7,7
	<i>Estudante</i>	3	23,1
	<i>Funcionário Público do Estado - Técnico em Enfermagem</i>	1	7,7
	<i>Profissional do sexo</i>	1	7,7
	<i>Trabalha com informática</i>	1	7,7
	<i>Trabalha numa loja de festa-decoração</i>	1	7,7
	<i>Trabalhador em período de experiência</i>	1	7,7
	Total	100	
Renda	Menor que 1 salário mínimo	35	35
	De 1 a menos que 2 salários mínimos	41	41
	De 2 a menos que 3 salários mínimos	12	12
	De 3 a menos que 4 salários mínimos	3	3
	De 4 a menos que 5 salários mínimos	3	3
	Maior ou igual a 5 salários mínimos	6	6
	Total	100	
Auxílio doença	Sim	3	3
	Não	97	97
	Total	100	
Com quem mora	Sozinho	17	17
	Família	79	79
	Outros (especificar)	4	4
	<i>Amigo</i>	3	75
	<i>Casa de apoio</i>	1	25
	Total	100	
Se tem cuidador	Não	67	67
	Sim (com quem)	33	33
	<i>Enfermeira</i>	1	3
	<i>Família</i>	19	57,6
	<i>Não informado</i>	13	39,4
	Total	100	
Cuidador fixo	Sim	30	90,9
	Não	3	9,1
	Total	33	

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Tabela 2 – Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto aos hábitos pessoais e estilo de vida, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Variáveis em análise	Parâmetros	N	%
Ingestão de bebida alcoólica	Sim	41	41,00%
	Não	59	59,00%
	Total	100	
Frequência da ingestão de bebida alcoólica	Diariamente	2	4,90%
	Semanalmente	18	43,90%
	Mensalmente	2	4,90%
	Ocasionalmente	19	46,30%
	Total	41	
Histórico de uso frequente de bebida alcoólica na família	Não	42	42,00%
	Sim (quem)	58	58,00%
	<i>Pais</i>	27	46,60%
	<i>Filhos</i>	2	3,40%
	<i>Outros familiares</i>	29	50,00%
	Total	100	
Uso de drogas ilícitas	Não	90	90,00%
	Sim (quais)	10	10,00%
	<i>Cocaína</i>	3	30,00%
	<i>Cocaína e Crack</i>	1	10,00%
	<i>Crack, Cocaína e Maconha</i>	2	20,00%
	<i>Maconha</i>	1	10,00%
	<i>Maconha e cocaína</i>	2	20,00%
	<i>Várias drogas</i>	1	10%
	Total	100	
Frequência do uso de drogas ilícitas	Semanalmente	6	60,00%
	Ocasionalmente	2	20,00%
	Não informado	2	20,00%
	Total	10	
Histórico do uso de drogas ilícitas na família	Não informado	1	1,00%
	Não	68	68,00%
	Sim (quem)	31	31,00%
	<i>Pais</i>	1	3,10%
	<i>Filhos</i>	1	3,10%
	<i>Outros familiares</i>	28	87,50%
	<i>Não informado</i>	2	6,30%
	Total	100	
Tabagista	Sim	17	17,00%
	Não	83	83,00%
	Total	100	

Frequência do tabagismo	Diariamente	14	82,40%
	Ocasionalmente	1	5,90%
	Não informado	2	11,80%
	Total	17	
Atividade física	Não	78	78,00%
	Sim (quais)	22	22,00%
	<i>Caminhada e atividades aeróbicas</i>	9	40,90%
	<i>Musculação</i>	8	36,40%
	<i>Outros</i>	4	18,20%
	<i>Não informado</i>	1	4,50%
	Total	100	
Frequência da atividade física	Diariamente	13	59,10%
	Semanalmente	8	36,40%
	Ocasionalmente	1	4,50%
	Total	22	
Prática religiosa	Não	33	33
	Sim (quais)	67	67
	<i>Católica</i>	48	71,6
	<i>Evangélica</i>	14	20,9
	<i>Espírita</i>	2	3
	<i>Candomblé e Umbanda</i>	3	4,5
	Total	100	
Frequência da prática religiosa	Semanalmente	31	46,3
	Mensalmente	4	6
	Ocasionalmente	23	34,3
	Não informado	9	13,4
	Total	67	
Atividade recreativa/cultural	Não	35	35,00%
	Sim	65	65,00%
	Total	100	
Frequência da atividade recreativa/cultural	Diariamente	7	10,80%
	Semanalmente	21	32,30%
	Mensalmente	7	10,80%
	Ocasionalmente	21	32,30%
	Não informado	9	13,80%
	Total	65	

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

Os resultados do bloco B envolve a investigação de questões referentes ao conhecimento do processo saúde-doença (infecção HIV/AIDS), contemplando também, parâmetros relacionados à utilização dos ARV e aos aspectos farmacoterapêuticos em geral na população estudada.

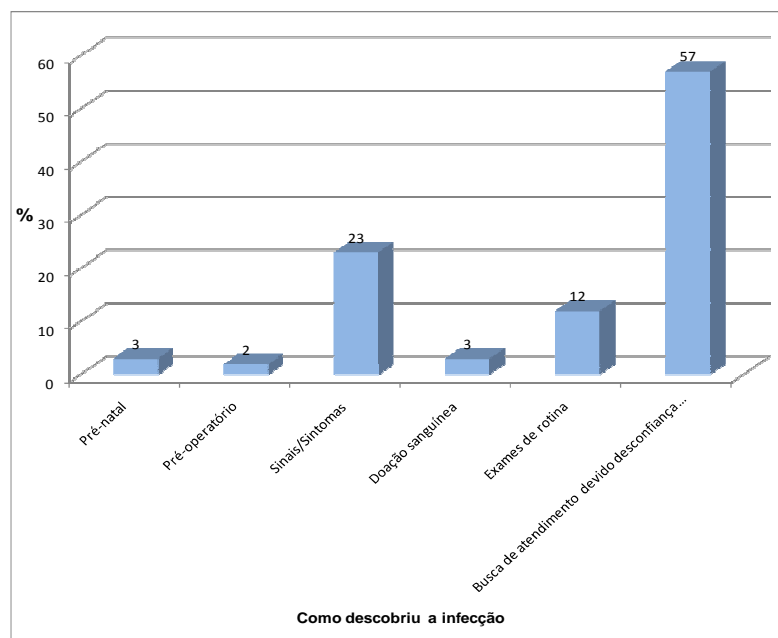
Como se caracterizava em um estudo que buscava analisar a implantação de um Serviço de Atenção Farmacêutica para PVHIV/AIDS era fundamental o nítido entendimento do cenário dessa clientela em todas as perspectivas, iniciando pelo contexto do processo saúde-doença. A quase totalidade das PVHIV/AIDS (94%, n=94) relatou que foi através da relação sexual a via de contaminação e seis entrevistados não sabiam como se contaminaram (Tabela 3). Ao serem perguntados como descobriram a infecção, obteve-se as três formas mais frequentes entre os 100 entrevistados: 57% buscaram o atendimento devido à desconfiança (demanda espontânea), 23% por sinais/sintomas e 12% por exames de rotina (Gráfico 1).

Tabela 3 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto ao meio de contaminação, CEMJA (Non/2008 – jan/2012).

Meio de contaminação	N	%
Relação sexual	94	94,0
Desconhece	06	6,0
Total	100	100,0

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Gráfico 1 – Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto como descobriu a infecção, CEMJA (Nov/2008-Jan/2012).



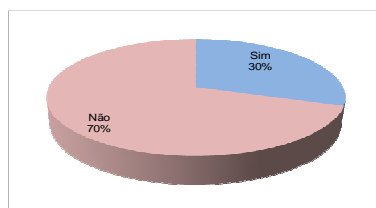
Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Em relação às doenças de base, as mais evidenciadas durante a primeira entrevista e ao longo do AFT entre 40 pessoas monitoradas foram a hipertensão com oito observações (20,0%); sete (17,5%) tinham neuropatias; e cinco (12,5%) para ambas as comorbidades dislipidemias e gastrite/úlcera péptica. Algumas outras queixas ou problemas de saúde transitórios foram também identificados durante o cuidado farmacêutico nessa população-alvo, sendo que, em alguns casos (n=21), as PVHIV/AIDS não relatavam completamente seu estado de saúde no momento da consulta com o infectologista e, assim, o problema ficava subtratado e havia a necessidade de uma avaliação médica e, para tanto a intervenção do farmacêutico, realizando esse encaminhamento de contra referência. Destacam-se, entre os 21 entrevistados que relataram esses agravos, os quatro mais frequentes problemas de saúde ou queixas clínicas que foram sinusites (quatro); anemia (três); bronquites (dois) e cefaleia (dois).

Na atenção das PVHIV/AIDS é importante a identificação das doenças oportunistas já manifestadas uma vez que é um fator sinalizador de morbimortalidade. Neste trabalho, 30 (30%) das 100 pessoas que estavam em AFT tinham sido identificadas (manifestadas e tratadas ou em tratamento) com doenças oportunistas (Gráfico 2). Destas, 12 (40%) não informaram qual era a patologia, já 11 (36,7%) relataram ter tido tuberculose e ter tratado ou estar em tratamento no

momento da entrevista; em segundo lugar, três pacientes relataram candidíase (10%; n=30); outras infecções fúngicas (pele, orofaringe) foram relatadas em dois casos (6,7%; n=30); e tanto pneumocistose quanto hanseníase, foram relatadas ambas com um caso para observação (3,3%; n=30).

Gráfico 2 – Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto às doenças oportunistas manifestadas e tratadas, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).



Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Ao se avaliar os pacientes quanto à profilaxia de doenças oportunistas, uma taxa de 42% faz uso de medicamentos específicos para a prevenção desses agravos que podem comprometer significativamente o estado de saúde dos mesmos (Tabela 4). Além desses agravos, comumente relacionados ao quadro clínico da infecção por HIV/AIDS, foram identificados outros problemas de saúde, na maioria dos casos, infecções bacterianas e fúngicas (n=17), no AF.

Tabela 4 - Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à profilaxia para doenças oportunistas, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).

Faz profilaxia para doenças oportunistas?	N	%
Sim	42	42,0
Não	58	58,0

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

O AFT busca, entre outros aspectos, mapear os riscos potenciais e reais da utilização de medicamentos para evitar danos de ineficácia e insegurança dos mesmos ao paciente. Neste sentido, durante a anamnese farmacêutica, foram pesquisadas as alergias que as PVHIV/AIDS possuíam. Do total avaliado (n=100), 41 pacientes relataram ter algum tipo de manifestação de hipersensibilidade (Tabela 5), mas destes, apenas 34 relataram a origem do alérgeno. Destaca-se o papel dos medicamentos que representou cerca de 30% (n=10) dessa amostra, sendo os mais citados os analgésicos/antinflamatórios não estereoidais e os agentes antimicrobianos. Os demais alérgenos foram pó/fumaça, alimentos e animais (Tabela 6).

Tabela 5 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à alergia, CEMJA (Nov/2008-Jan/2012).

Alergias	N	%
Sim	41	41,0
Não	43	43,0
Desconhece	16	16,0
Total	100	100,0

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Tabela 6 – Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto ao tipo de alergia, CEMJA (Nov/2008-Jan/2012).

Alergias	N	%
Alimentos	6	17,6%
Pó/Fumaça	15	44,1%
Animais	3	8,8%
Medicamentos	10	29,4%
Total	34	100,0%

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Neste estudo, o foco de análise concentrou-se nos ARV, mas também foi realizada uma análise dos demais medicamentos utilizados durante o AFT para um delineamento mais amplo e para ter um arcabouço técnico e alinhado ao Método Dáder. Neste sentido, foram identificados

outros tipos de medicamentos utilizados pelos paciente ao longo do AFT, quer relacionados ao problema de saúde HIV/AIDS, mas diferente dos ARV, bem como tenham sido prescritos ou não pelo médico, totalizando 341 medicamentos das mais diversas classes, entre elas destacando-se os analgésicos/antiinflamatórios não esteroidais, os medicamentos que atuam no sistema nervoso central, os antimicrobianos, os antialérgicos, os antidepressivos, os antiulcerosos e outros que estão descritos na Tabela 7.

Tabela 7 – Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto aos medicamentos rotineiramente utilizados diferentes dos antirretrovirais, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).

Classificação ATC	Medicamentos	N	%
G03AC06	Acetato de medroxiprogesterona	1	0,3
J05AB01	Aciclovir	2	0,6
B03B B01	Ácido fólico	3	0,9
P02CA03	Albendazol	15	4,4
N05AD01	Aloperidol	1	0,3
N06CA01	Amitriptilina	10	2,9
J01CA04	Amoxicilina	5	1,5
J01FA10	Azitromicina	9	2,6
C09AA01	Captopril	4	1,2
N03AF01	Carbamazepina	2	0,6
A12AA04	Carbonato de cálcio	2	0,6
J01DA01	Cefalexina	4	1,2
J02AB02	Cetoconazol	14	4,1
R06AX02.	Ciproetadina	1	0,3
J01MA02	Ciprofloxacina	3	0,9
J01FA09	Claritromicina	5	1,5
J01FF01	Clindamicina	1	0,3
A01AC02	Dexametasona pomada	16	4,6
C09AA08	Dextrano + Hipromelose (lágrimas artificial)	1	0,3
M01AB05	Diclofenaco de sódio	7	2,1
A03AX13	Dimeticona	1	0,3
N02BB02	Dipirona	9	2,6
NO2BB52	Dipirona+cafeína+isometepteno	1	0,3
NO2BB52	Dipirona+cafeína+orfenadrina	1	0,3
J01FA10	Doxicilina	1	0,3

NO2AA02	Elixir paregórico (Tintura do ópio)	1	0,3
N02BE01	Ergotamina+cafeína+atropina+hioscimina+paracetamol)	1	0,3
A04AD01	Escopolamina	1	0,3
A04AD51	Escopolamina/dipirona	1	0,3
J04AK02	Etambutol	1	0,3
N03AB02	Fenitoína	1	0,3
N03AA02.	Fenobarbital	1	0,3
J02AC01	Fluconazol	6	1,8
N06AB03	Fluoxetina	2	0,6
A10BB01	Glibenclamida	1	0,3
N03AB02	Hidantal	1	0,3
C03AA03	Hidroclorotiazida	2	0,6
N05BB01	Hiroxizina	4	1,2
V04CG03	Histatina	1	0,3
M01AE01	Ibuprofeno	9	2,6
J04AM02	Isoniazida + rifampicina	5	1,5
J02AC01	Itraconazol	1	0,3
P02CF01	Ivermectina	3	0,9
J01MA12	Levofloxacin	2	0,6
D02A	Linimento de óleo calcáreo	1	0,3
A07DA03	Loperamida	6	1,8
R06AX13	Loratadina	20	5,9
R01BA02	Loratadina+pseudoefedrina	2	0,6
M01AC06	Meloxicam	1	0,3
A10BA02	Metformina	1	0,3
C02AB01	Metildopa	1	0,3
A03FA01	Metoclopramida	12	3,5
J01XD01	Metronidazol	3	0,9
G01AF04	Miconazol	1	0,3
J01G B05	Neomicina+bacitracina	1	0,3
M01AX17	Nimesulida	2	0,6
G01AA01	Nistatina	10	2,9
D02A	Óleo mineral	2	0,6
A02BC01	Omeprazol	9	2,6
NO2B01	Paracetamol	16	4,7
N06AB03.	Paroxetina	1	0,3
D02A	Pasta d'água+enxofre*	1	0,3
J01CE08	Penicilina benzatina	4	1,2
P03AC04	Permetrina	1	0,3
J04AK01	Pirazinamida	3	0,9
A11HA02	Piridoxina	1	0,3
A07EA01	Prednisona	4	1,2
D04AA10	Prometazina	1	0,3

C07BA05	Propranolol	1	0,3
A02BA02	Ranitidina	3	0,9
P02CF01	Revectina	1	0,3
N03AE01	Rivotril (clonazepam)	1	0,3
P01AB07	Secnidazol	13	3,8
J01EE01	Sulfametoxazol+trimetoprim	40	11,8
B03AA02	Sulfato ferroso	8	2,3
A12C	Suplemento alimentar para aumentar massa muscular	1	0,3
A01AC02	Triancinolona	1	0,3
A11HA02	Vitamina B6	1	0,3
A11EA	Vitaminas do Complexo B	2	0,6
Total		341	100,0

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Dos entrevistados (n=100), apenas 23% não tomaram medicamentos diferentes dos ARV, 50% tomaram até três medicamentos diferentes dos ARV e um paciente fazia uso de 12 desses tipos de medicamentos, concomitantemente. As medidas estatísticas descritivas referentes a esse parâmetro revalaram uma média de 3,41 medicamentos/paciente, mediana de três e desvio padrão de 3,21. A via de administração mais frequente nas 341 avaliadas foi a oral com 288 observações (84,5%) e teve o médico como a fonte de indicação mais evidenciada neste parâmetro 264 (77,4%), sendo apresentados os resultados nas Tabelas 8 e 9.

Tabela 8 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto às vias de administração dos medicamentos rotineiramente utilizados diferentes dos antirretrovirais, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Vias de administração	N	%
Derme	1	0,3
Intra-muscular	3	0,9
Tópico	39	11,4
Via Oral	288	84,5
Não informa	10	2,9
Total	341	100,0

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Tabela 9 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto a quem recebeu os medicamentos rotineiramente utilizados diferentes dos antirretrovirais, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Quem prescreveu o medicamento?	N	%
Automedicação	62	18,2
Enfermeira	2	0,6
Médico	264	77,4
Outro	13	3,8
Total	341	100,00

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

A Tabela 10 ilustra a avaliação do paciente quanto à dificuldade no uso dos medicamentos diferentes dos ARV. Um quantitativo de 21 (6,1%) das 341 análises de utilização de medicamentos foi referida alguma dificuldade pelos pacientes acompanhados quando aferida essa questão durante o AFT. Notou-se um considerável número de questionários onde essa questão não foi informada, a saber 12,9% (n=341).

Tabela 10 – Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à dificuldade de tomar o medicamento, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Está tendo dificuldade de tomar o medicamento?	N	%
Não	276	80,9
Sim	10	2,9
Pouco	2	0,6
Regular	9	2,6
Não informou	44	12,9
Total	341	100,0

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Ao ser investigada a relação entre a utilização geral de medicamentos e o sexo, encontrou-se um maior valor desse parâmetro entre as mulheres vivendo com HIV/AIDS (média = 4,65), com 50% das pacientes tendo relatado uso de até cinco medicamentos. Em média, os pacientes do sexo

masculino fizeram menor uso de medicamento não antirretrovirais e cerca de 50% dos pacientes utilizaram até dois deles (Tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à quantidade de medicamentos rotineiramente utilizados diferentes dos antiretrovirais em relação ao sexo, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Sexo	Medidas	Valor
Feminino	Média	4,645
	Mediana	5,000
	Desvio Padrão	3,755
	Máximo	12,000
Masculino	Média	2,855
	Mediana	2,000
	Desvio Padrão	2,798
	Máximo	11,000

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Os critérios avaliados por faixa etária em função da quantidade de medicamentos rotineiramente utilizados diferente dos antirretrovirais demonstrou que os usuários com HIV/AIDS de 50 anos ou mais, utilizaram em média 3,39 mais medicamentos que os outros pacientes das demais faixas etárias. Também revelou que 50% dos entrevistados na última faixa etária utilizaram 4,5 medicamentos, enquanto que 50% dos pacientes das demais faixas utilizaram tres (até 29 anos) e dois (de 30 a 39 anos e de 40 a 49 anos), sendo tais valores visualizados na Tabela 12.

Tabela 12 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à quantidade de medicamentos rotineiramente utilizados diferentes dos antiretrovirais por faixa etária, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Faixa etária (em anos)	Medidas	Valor
Até 29	Média	3,3939
	Mediana	3,0000
	Desvio Padrão	3,18139
	Máximo	12,00
De 30 a 39	Média	3,0000
	Mediana	2,0000
	Desvio Padrão	2,95057
	Máximo	10,00
De 40 a 49	Média	3,3636
	Mediana	2,0000
	Desvio Padrão	3,57964
	Máximo	10,00
50 ou mais	Média	5,0000
	Mediana	4,5000
	Desvio Padrão	3,39935
	Máximo	11,00

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Outro parâmetro estudado relacionando a segurança em prol do uso racional dos medicamentos foi a automedicação e suas interfaces. Durante o AFT, este fenômeno foi detectado durante a anamnese farmacológica, estruturada a fim de identificar o perfil de utilização dos medicamentos em domicílio nos 30 dias prévios ao atendimento farmacêutico destes indivíduos HIV positivos. A Tabela 13 revela que a maioria da amostra estudada (62%; n=62) usava medicamentos sem prescrição médica. Em relação ao hábito de indicar medicamentos para outras pessoas (amigos, familiares), 21 entrevistados (21,0%) afirmaram ter o costume de indicar medicamentos para terceiros (Tabela 14). Foram citados 17 diferentes tipos de medicamentos, por automedicação. Entre os medicamentos mais frequentemente utilizados por automedicação,

podem-se destacar os antimicrobianos, analgésicos/ anti-inflamatórios não-esteroidais e hormônios estrogênicos (Tabela 15).

Tabela 13 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto ao uso de medicamentos sem prescrição médica, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Usa medicamentos sem prescrição médica?	N	%
Sim	62	62,0
Não	34	34,0
Não informa	4	4,0
Total	100	100,0

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Tabela 14 – Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à indicação de medicamentos para outras pessoas, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Indica medicamento para outras pessoas?	N	%
Sim	21	21,0
Não	72	72,0
Não informou	07	7,0
Total	100	100,0

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Tabela 15 – Percentual dos medicamentos de uso sem prescrição médica (automedicação), durante o acompanhamento farmacoterapêutico das pessoas vivendo com HIV/AIDS - CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Classificação ATC	Medicamentos	N	%
J01FA10	Azitromicina	4	6,6
G03FA04	Estrogenos combinados	1	1,6
N02BE01	AAS+ paracetamol + cafeína.	1	1,3
A12AA04	Carbonato de cálcio	1	1,6
V07	Chás fitoterápicos	1	1,6
N04AA01	Cloridrato de triexifenidil	1	1,6
M03BC51	Citrato de orfenadrina, dipirona e cafeína	5	8
NO2BB52	Dipirona +cafeína anidra + mucato de isometepteno	3	4,8
N02BB02	Dipirona	12	19,5
NOSBA01	Diazepan	1	1,6
M01AB05	Diclofenaco de sódio.	6	9,8
A07DA03	Loperamida	3	4,9
A03FA01	Metoclopramida	1	1,6
x	Não lembra	2	3,2
A02BC01	Omeprazol	1	1,6
NO2B01	Paracetamol	11	17,8
J01EE01	Sulfametaxozol + trimetoprima	4	6,5
NO2AA02	Tintura de ópio	1	1,6
Total		62	100,0

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Buscando ainda focar sob a ótica da segurança na farmacoterapia, a partir da identificação do perfil dos medicamentos utilizados em geral durante os nove meses do AFT entre a população estudada, foram avaliadas as potenciais para IM com a concomitância da introdução da TARV. A maior parte dos medicamentos utilizados pelas PVHIV/AIDS pertenciam às mais diversas classes, entre elas destacam-se os analgésicos/antiinflamatórios não esteroidais, medicamentos que atuam no sistema nervoso central, antimicrobianos, antialérgicos, antidepressivos, antiulcerosos e outros que foram apresentados no Quadro 13.

Um quantitativo total de 341 medicamentos diferentes dos ARV foi utilizado, aqui incluindo os de prescrição. Avaliando cada plano farmacoterapêutico individualizado através da monitorização no cuidado farmacêutico, obteve-se uma sinalização dentre o cruzamento dos

antirretrovirais (esquemas de TARV) e os medicamentos em geral utilizados (n=692 observações de uso) o seguinte *screening* quanto ao perfil quantitativo: identificaram-se 76 IM em potencial, com uma taxa de 10,98% (n=692); destas, quanto à relevância clínica obteveram-se 31 interações maior (40,70%), 34 interações moderada (52,63%), três interações menor (3,95%) e, surpreendentemente, foram encontradas oito interações classificadas como *contra-indicadas* pela literatura (10,52%; n=76). O detalhamento dos medicamentos envolvidos nas IM, bem como a classificação das suas relevâncias clínicas e o manejo sugerido são apresentados no Quadro 13 a seguir.

Quadro 13 - Distribuição das Interações potenciais entre medicamentos em geral e os antirretrovirais, sua relevância clínica e manejo indicado, durante o acompanhamento farmacoterapêutico das pessoas vivendo com HIV/AIDS - CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Medicamento ARV	Medicamento não - ARV	Interação Medicamentosa	Relevância Clínica	Manejo indicado
Atazanavir	Carbonato de Cálcio	Resultar em concentrações plasmáticas reduzidas de atazanavir.	Moderada	Administrar atazanavir 2 horas antes.
Atazanavir	Omeprazol	Resultar em menores concentrações plasmáticas do atazanavir e o risco de diminuição do efeito terapêutico do atazanavir.	Maior	A dose do omeprazol não deve exceder 20mg e deve ser feita aproximadamente 12 horas antes da dose de atazanavir 300mg/100 mg de ritonavir.
Atazanavir	Acetato de medroxi progesterona	Resultar em um aumento da exposição à combinação de contraceptivos.	Moderada	Monitorar e adequar a posologia.
Atazanavir	Carbamazepina	Resultar em concentrações plasmáticas diminuídas de atazanavir.	Maior	Se a terapia atazanavir é iniciado em um paciente estabilizado com carbamazepina, uma redução da dose de carbamazepina pode ser necessário.
Atazanavir	Claritromicina	Aumento da exposição claritromicina e aumento do risco de cardiotoxicidade (prolongamento do intervalo QT).	Maior	Devido à redução do metabolito ativo claritromicina, considerar a terapia antibacteriana alternativa.
Atazanavir	Ergotamina + cafeína + atropina+hioscimina + paracetamol)	Resultar em um aumento do risco de vasoespasmos periférico e isquemia das extremidades e outros tecidos.	Contra-indicado	-
Atazanavir	Fenitoína	Pode resultar em concentrações plasmáticas diminuídas de atazanavir.	Maior	Se a terapia concomitante for necessária, monitorar os níveis plasmáticos de atazanavir.
Atazanavir	Fenobarbital	Pode resultar em concentrações plasmáticas diminuídas de	Maior	Se a terapia concomitante for necessária, monitorar os níveis plasmáticos de

		atazanavir.		atazanavir.
Atazanavir	Fluconazol	Pode resultar em aumento da exposição ao atazanavir e risco de prolongamento do intervalo QT.	Contra-indicado	Monitorar o paciente.
Atazanavir	Fluxetina	Pode resultar em aumento do risco de prolongamento do intervalo QT.	Maior	Se a co-administração com a fluoxetina é necessário, considere um ECG de base e monitoramento on-tratamento.
Atazanavir	Isoniazida + rifampicina	Pode resultar na diminuição das concentrações plasmáticas de atazanavir.	Contra-indicado	Monitorização da eficácia rifabutina é recomendado devido a relatos de níveis inadequados de rifabutina.
Atazanavir	Propranolol	Pode resultar em um aumento do risco de prolongamento do intervalo PR.	Moderada	Monitor para alterações. eletrocardiográficas, especialmente Prolongamento do intervalo PR
Atazanavir	Ranitidina	Pode resultar na redução das concentrações plasmáticas de atazanavir e exposição.	Maior	Para uso concomitante em pacientes submetidos a tratamento a dose de ranitidina não deve exceder uma dose equivalente à famotidina 20 mg duas vezes ao dia, e o atazanavir 300 mg / ritonavir 100 mg de dose (em dose única com alimentos) deve ser administrado com ou pelo menos 10 horas após a dose de ranitidina.
Efavirenz	Acetato de medroxi progesterona	Perda da eficácia contraceptiva.	Moderada	Aconselhe os pacientes a usar um método confiável de contraceptivo quando efavirenz e um contraceptivo hormonal são co-administrados.
Efavirenz	Carbamazepina	Resultar em redução das concentrações plasmáticas de efavirenz e risco de efeito terapêutico diminuída de efavirenz, incluindo a perda de resposta virológica e possível resistência.	Contra-indicado	-
Efavirenz	Cetoconazol	Pode resultar numa diminuição plasmática dos níveis de cetoconazol.	Moderada	Monitorar pacientes para perda de eficácia cetoconazol e ajustar a dose conforme necessário.
Efavirenz	Claritromicina	Pode resultar numa diminuição plasmática de claritromicina e aumentar o risco de rash.	Moderada	Deve-se considerar uma troca por um antibiótico macrolídeo alternativo como azitromicina.
Efavirenz	Dexametazona	Pode resultar numa diminuição da concentração plasmática de efavirenz.	Maior	Monitorar a resposta virológica de efavirenz.
Efavirenz	Fenitoína	Pode resultar na diminuição da concentração plasmática de fenitoína ou efavirenz.	Moderada	monitorização periódica de eficácia reduzida efavirenz e as concentrações plasmáticas de fenitoína são recomendados.
Efavirenz	Fenobarbital	Pode resultar numa diminuição da concentração plasmática de efavirenz e/ou fenobarbital.	Moderada	monitorização periódica de eficácia reduzida efavirenz e concentrações plasmáticas de fenobarbital.
Efavirenz	Isoniazida + rifampicina	Pode resultar numa diminuição da concentração sérica de efavirenz.	Maior	Aumentar a dose de efavirenz.
Efavirenz	Itraconazol	Resultar em concentrações plasmáticas diminuídas de itraconazol e do seu metabolito .	Maior	Um agente antifúngico alternativo deve ser considerado em pacientes que receberam efavirenz.
Lopinavir/riton	Diazepam	Pode resultar em um aumento do	Moderada	Reduzir as doses de diazepam, conforme

avir		risco de sedação extrema e confusão.		necessário.
Lopinavir/ritonavir	Acetato de medroxi progesterona	Resulta em eficácia contraceptiva alterada e risco de efeitos colaterais.	Moderada	Aumentar a dose de estrogênio dos contraceptivos combinados e / ou recomendar medidas contraceptivas alternativas.
Lopinavir/ritonavir	Haloperidol	Resultar em um aumento do risco de prolongamento do intervalo QT.	Maior	Se não for possível evitar o uso concomitante, realizar o monitoramento para o aumento do intervalo QT.
Lopinavir/ritonavir	Amitriptilina	Resultar em aumento das concentrações séricas de amitriptilina e potencial toxicidade.	Moderada	Monitorar o paciente e reduzir as doses de amitriptilina se necessário.
Lopinavir/ritonavir	Carbamazepina	Pode resultar em aumento dos níveis séricos de carbamazepina e toxicidade. Diminuição da exposição de lopinavir.	Maior	Reduzir a dose de carbamazepina em 25% a 50% e monitorar os níveis séricos de carbamazepina.
Lopinavir/ritonavir	Cetoconazol	Pode resultar num aumento de concentração sérica de Cetoconazol e/ou Ritonavir e elevando risco de toxicidade por ambos.	Moderada	Considerar uma diminuição na dose de cetoconazol quando usado concomitantemente com lopinavir/ritonavir. Monitorar pacientes com sintomas de intoxicação por Ritonavir, parestesia ou efeitos gastrointestinais.
Lopinavir/ritonavir	Ciprofloxicina	O uso concomitante de ciprofloxacina e lopinavir / ritonavir pode resultar em um aumento do risco de prolongamento do intervalo QT.	Maior	Acompanhar de perto ECG para prolongamento do intervalo QT.
Lopinavir/ritonavir	Claritromicina	Pode resultar num aumento da concentração plasmática de Claritromicina e aumentar o risco de prolongamento do intervalo QT.	Moderada	Monitorar pacientes para toxicidade relacionada à claritromicina ou considerar o uso de um macrolídeo alternativo (por exemplo, azitromicina). Reduzir a dose para pacientes com insuficiência renal.
Lopinavir/ritonavir	Dexametazona	Pode resultar no desenvolvimento de Síndrome de Cushing.	Maior	Monitorar os sinais e sintomas de excesso de corticosteróide e Síndrome de Cushing.
Lopinavir/ritonavir	Ergotamina + cafeína + atropina+ hioscimina + paracetamol)	Pode resultar em um aumento do risco de toxicidade ergotamina, incluindo náuseas, vômitos, e isquemia vasoespástica.	Contra-indicado	Uso concomitante de ergotamina e lopinavir/ritonavir é contra-indicado.
Lopinavir/ritonavir	Fenitoína	Pode resultar numa diminuição da exposição de lopinavir. Pode diminuir as concentrações plasmáticas de fenitoína e ritonavir.	Maior	Monitorar os níveis de fenitoína.
Lopinavir/ritonavir	Fenobarbital	Pode resultar na diminuição de exposição de lopinavir. Resultar numa diminuição da concentração plasmática de fenobarbital e perda de sua eficácia.	Maior	Não use um regime de dosagem única diária de lopinavir / ritonavir com o uso concomitante de fenobarbital. Monitorar cuidadosamente o paciente e considerar o aumento da dose de fenobarbital, se necessário.
lopinavir/ritonavir	Fluxetina	Pode resultar num aumento da exposição de fluoxetina e aumento do risco do prolongamento do intervalo QT.	Maior	Considerar a monitorização periódica ECG.

Lopinavir/ritonavir	Isoniazida + rifampicina	Pode resultar numa diminuição da concentração plasmática de lopinavir/ritonavir.	Contra-indicado	Utilizar rifabutina 3 vezes por semana. Monitorização da eficácia da rifabutina.
Lopinavir/ritonavir	Itraconazol	Resultar em aumento das concentrações de itraconazol.	Moderada	Monitor de sinais e sintomas de toxicidade itraconazol
Lopinavir/ritonavir	Levofloxacina	Resultar em um aumento do risco de prolongamento do intervalo QT.	Maior	Se terapia necessária, monitorar cuidadosamente para prolongamento do intervalo QT.
Lopinavir/ritonavir	Paroxetina	Resultar em aumento dos níveis plasmáticos de paroxetina.	Moderada	Ajustes de dose de paroxetina podem ser necessários com base na eficácia clínica e tolerabilidade.
Lopinavir/ritonavir	Prednisona	Diminuição das concentrações séricas de lopinavir; aumento da exposição prednisolona.	Maior	Uso concomitante não é recomendado, se necessário, monitorar o paciente.
Lopinavir/ritonavir	Prometazina	Resultar em um aumento do risco de prolongamento do intervalo QT.	Maior	Terapia concomitante, se necessário, acompanhar atentamente para o intervalo QT prolongado.
Lopinavir/ritonavir	Rivotril (Clonazepam)	Resultar em aumento das concentrações séricas de clonazepam e toxicidade potencial.	Moderada	Acompanhar o paciente, e reduzir a dosagem do clonazepam, se necessário.
Lopinavir/ritonavir	Triancinolona	Se o uso concomitante for necessário, monitorar os sinais e sintomas de excesso de corticosteroide.	Maior	Se o uso concomitante for necessário, monitorar os sinais e sintomas de excesso de corticosteroide.
Ritonavir	Diazepam	Resultar em um aumento do risco de sedação extrema e confusão.	Moderada	Monitorar e reduzir as doses de diazepam, conforme necessário.
Ritonavir	Acetato de medroxi progesterona	Resultar em eficácia contraceptiva alterada e risco de efeitos colaterais.	Moderada	Aumentar a dose de estrogênio dos contraceptivos combinados e / ou recomendar medidas contraceptivas alternativas.
Ritonavir	Carbamazepina	Resultar em aumento das concentrações séricas de carbamazepina e toxicidade potencial.	Moderada	Reduzir as doses de carbamazepina, conforme necessário.
Ritonavir	Cetoconazol	Resultar em aumento de cetoconazol e/ou concentrações séricas de ritonavir.	Moderada	Monitorar e reduzir as doses de cetoconazol, conforme necessário.
Ritonavir	Claritromicina	Resultar em aumento da exposição à claritromicina e diminuiu a exposição do metabolito ativo claritromicina.	Moderada	O ajuste de dose não é necessário em pacientes com função renal normal. A co-administração de claritromicina em doses superiores a 1000 mg / dia, com inibidores de protease deve ser evitado.
Ritonavir	Dexametasona pomada	Pode resultar em aumento das concentrações de esteróides e diminuição de cortisol plasmático, o que pode resultar no desenvolvimento de Síndrome de Cushing.	Maior	Se o uso concomitante for necessário, monitorar os sinais e sintomas de excesso de corticosteroide, incluindo aqueles associados com menores concentrações de cortisol e Síndrome de Cushing.
Ritonavir	Ergotamina + cafeína + atropina + hioscimina + paracetamol)	Pode resultar em um aumento do risco de ergotismo (náusea, vômito, isquemia vasoespástica).	Contra-indicado	-
Ritonavir	Fenitoína	Pode resultar em diminuição da fenitoína (o metabolito ativo do	Moderada	Recomenda-se a monitorização dos níveis de fenitoína durante a co-administração, e

		fosfenitoína) concentrações e/ou diminuição das concentrações plasmáticas de ritonavir plasma.		um ajuste da dose fosfenitoína pode ser justificado solução oral.
Ritonavir	Fenobarbital	Pode resultar em concentrações plasmáticas de fenobarbital diminuição e perda de eficácia fenobarbital.	Moderada	Monitorar cuidadosamente o paciente, se estes dois agentes são co-administrados e considerar o aumento da dose de fenobarbital, se necessário.
Ritonavir	Fluconazol	Pode resultar em aumento da exposição ritonavir e risco de prolongamento do intervalo QT.	Contra-indicado	O uso concomitante de fluconazol (inibidor do CYP3A4 moderado) com outras drogas que são conhecidos por prolongar o intervalo QT e que são substratos do CYP3A4.
Ritonavir	Fluxetina	Pode resultar em aumento da exposição a fluoxetina; aumento do risco de prolongamento do intervalo QT.	Maior	Se for necessário o uso concomitante, considerar a monitorização periódica ECG.
Ritonavir	Isoniazida + rifampicina	Pode resultar em concentrações plasmáticas do ritonavir diminuídas.	Maior	Monitorização da eficácia da rifabutina é recomendado devido a relatos de resistência adquirida à rifampicina em pacientes com tuberculose associada ao HIV.
Ritonavir	Itraconazol	Pode resultar em aumento das concentrações de itraconazol.	Moderada	Tenha cuidado e pacientes do monitor de sinais e sintomas de toxicidade itraconazol.
Ritonavir	Paroxetina	Pode resultar em aumento dos níveis plasmáticos de paroxetina.	Moderada	Os ajustes de dose da paroxetina podem ser necessários com base na eficácia clínica e tolerabilidade.
Ritonavir	Prednisona	Pode resultar em aumento das concentrações de esteróides e diminuição de cortisol plasmático, o que pode resultar no desenvolvimento de Síndrome de Cushing.	Maior	Aconselha-se precaução com a administração concomitante de ritonavir (um inibidor da CYP3A) e um glucocorticosteróides metabolizado pelo CYP3A.
Ritonavir	Triancinolona acetona	Pode resultar em aumento das concentrações de esteróides e diminuição de cortisol plasmático, o que pode resultar no desenvolvimento de Síndrome de Cushing.	Maior	Se o uso concomitante for necessário, monitorar os sinais e sintomas de excesso de corticosteróide, incluindo aqueles associados com concentrações menores de cortisol e Síndrome de Cushing.
Ritonavir	Clonazepam	Pode resultar em aumento das concentrações séricas de clonazepam e toxicidade potencial (sedação excessiva, confusão).	Moderada	Monitorar níveis séricos de clonazepam.
Zidovudina	AAS + paracetamol + cafeína	Pode resultar em neutropenia; toxicidade acetaminofeno (hepatotoxicidade).	Moderada	Monitorar não só número de glóbulos brancos, mas também testes de função hepática, particularmente em pacientes desnutridos.
Zidovudina	Paracetamol	Pode resultar em neutropenia; toxicidade acetaminofeno (hepatotoxicidade).	Moderada	Monitorar os glóbulos brancos.
Zidovudina	Claritromicina	Pode resultar na diminuição da concentração de zidovudina.	Maior	Administração de claritromicina e zidovudina devem ser separados por pelo menos 2 horas.
Zidovudina	Fenitoina	Pode resultar num aumento das concentrações plasmáticas de zidovudina.	Menor	Pode-se diminuir as doses de zidovudina.

Zidovudina	Fluconazol	Pode resultar num aumento do risco de prolongamento do intervalo QT.	Maior	Acompanhar de perto ECG para prolongamento do intervalo QT.
Zidovudina	Isoniazida + rifampicina	Pode resultar numa diminuição de zidovudina.	Moderada	Monitorar as doses de zidovudina e ajustar suas doses.
Zidovudina	Pirazinamida	Resultar em diminuição da eficácia do pirazinamida.	Maior	Monitorar o paciente, e se possível, substituir a pirazinamida.
Zidovudina/ lamivudina	AAS + paracetamol + caféina.	Pode resultar em neutropenia; toxicidade acetaminofeno (hepatotoxicidade).	Moderada	Se associação necessária, monitorar não só número de glóbulos brancos, mas também testes de função hepática, particularmente em pacientes desnutridos.
Zidovudina/ lamivudina	Dipirona + caféina anidra + mucato de isometepteno	Pode resultar em neutropenia; toxicidade acetaminofeno (hepatotoxicidade).	Moderada	Monitorar não só número de glóbulos brancos, mas também testes de função hepática, particularmente em pacientes desnutridos.
Zidovudina/ lamivudina	Paracetamol	Pode resultar em neutropenia; toxicidade acetaminofeno (hepatotoxicidade).	Moderada	Monitorar não só número de glóbulos brancos, mas também testes de função hepática, particularmente em pacientes desnutridos.
Zidovudina/ lamivudina	Aciclovir	Pode resultar em aumento da letargia e fadiga.	Menor	Os pacientes devem ser advertidos sobre a fadiga excessiva que pode ocorrer com o uso concomitante.
Zidovudina/ lamivudina	Claritromicina	Pode resultar em concentrações de zidovudina diminuiu.	Maior	Administração concomitante é inadequada, deve-se ter a administração de claritromicina e zidovudina devem ser separados por pelo menos 2 horas.
Zidovudina/ lamivudina	Fenitoína	Pode resultar em aumento das concentrações de zidovudina.	Menor	Monitorar pacientes quanto a sinais e sintomas de toxicidade zidovudina incluindo astenia, fadiga, náusea, anormalidades hematológicas.
Zidovudina/ lamivudina	Fluconazol	Pode resultar em aumento das concentrações de zidovudina.	Moderada	Aconselha-se precaução quando se utiliza o fluconazol juntamente com zidovudina como o uso concomitante pode aumentar a exposição zidovudina e risco de toxicidade.
Zidovudina/ lamivudina	Isoniazida + rifampicina	Pode resultar em concentrações de zidovudina diminuiu.	Moderada	Monitorar a eficácia da zidovudina em doentes a rifampicina combinadas e zidovudina e ajustar as doses de acordo.
Zidovudina/ lamivudina	Pirazinamida	Pode resultar em diminuição da eficácia da pirazinamida.	Maior	Tratamento antituberculose alternativo pode ter de ser considerado.

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Ainda aprofundando, a investigação sobre fatores além da farmacoterapia que poderiam interferir no sucesso da TARV, encontrou-se um total de 12 observações (12,0%) de problemas externos que pudessem afetar os desfechos programados no tratamento. Dentre os mais citados, tem-se os não relacionados diretamente aos ARV como, por exemplo a dificuldade de comunicação e os transtornos psicossociais (fato de se sentir deprimido); a pouca disponibilidade de tempo para cumprir os horários de tomadas dos medicamentos; e a ruptura de estoque com desabastecimento dos medicamentos no SAE/CEMJA foram os mais citados (Tabela 16).

Tabela 16 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto aos problemas gerais que podem interferir no tratamento, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Problemas	N	%
Dificuldades de comunicação e psicossociais	4	4,0
Problemas farmacoterapêuticos não relacionados aos antiretrovirais	5	5,0
Outros (Alcoolismo; falta de tempo)	3	3,0
Nenhum	88	88,0
Total	100	100,0

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

As tabelas 17 e 18 mostram os dados relativos aos níveis de conhecimento dos entrevistados acerca da doença e do tratamento para HIV/AIDS. Em relação ao nível de conhecimento dos pacientes sobre como se contrai/transmite o vírus HIV, 58,0% (n=58) afirmaram ter muito conhecimento acerca dessa questão, enquanto 42,0% relataram desconhecer ou ter conhecimento pouco ou regular em relação a este aspecto (Tabela 17). Já a grande maioria 62 (62%) dos acompanhados afirmou pouco ou desconhecer sobre o tratamento ARV (Tabela 18).

Tabela 17 - Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto ao conhecimento sobre como se contrai/transmite a doença, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Conhece sobre como se contrai/transmite a doença?	N	%
Desconhece	2	2,0
Pouco	20	20,0
Regular	20	20,0
Muito	58	58,0
Total	100	100,0

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Tabela 18 - Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto ao conhecimento sobre o tratamento da doença, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Conhece sobre tratamento da doença?	N	%
Desconhece	35	35,0
Pouco	27	27,0
Regular	17	17,0
Muito	21	21,0
Total	100	100,0

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Um dos pontos importantes do processo saúde-doença quando se estuda HIV/AIDS é a análise da percepção sobre a prevenção e as complicações da infecção. Sobre a prevenção da doença, 56% (n=56) dos entrevistados afirmaram saber muito sobre este tópico, embora 23% (n=23) desta questão foi classificada como “pouco” (Tabela 19).

Tabela 19 - Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto ao conhecimento sobre a prevenção da doença, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Conhece sobre prevenção da doença?	N	%
Desconhece	4	4,0
Pouco	23	23,0
Regular	17	17,0
Muito	56	56,0
Total	100	100,0

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Outro parâmetro que mereceu destaque neste estudo, foi investigar em relação às complicações da infecção por HIV. A Tabela 20 revela que 49 (49%) pacientes relataram desconhecer sobre os desfechos negativos relacionados ao HIV e uma parcela considerável 24% (n=24) estava concentrada nas categorias de pouco e regular conhecimento desse parâmetro.

Entre os entrevistados que conheciam alguma complicação, buscou-se saber qual era o entendimento dos mesmos sobre estas morbidades. As mais descritas foram: *contrair outras doenças; diminuir a imunidade e fraqueza/emagrecimento e morte* (Tabela 21). Esses dados são de grande importância uma vez que, para ter sucesso na terapia, o paciente deve compreender o processo saúde-doença no qual está inserido, cabendo ao farmacêutico fornecer essas informações, ratificando a importância da adesão correta e completa ao tratamento antirretroviral.

Tabela 20 - Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto ao conhecimento sobre as complicações da doença, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Conhece sobre complicações da doença?	N	%
Desconhece	49	49,0
Pouco	12	12,0
Regular	13	13,0
Muito	26	26,0
Total	100	100,0

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Tabela 21 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto às complicações da doença segundo conhecimento do paciente, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Conhece sobre complicações da doença? Quais complicações?	N	%
Diminuição da imunidade	11	21,57
Contrair outras doenças	13	25,49
Fraqueza, emagrecimento e morte	2	3,92
Piorar da própria doença	1	1,96
Outros	2	3,92
Não informou	22	43,14
Total	51	100,0

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Realizou-se um delineamento do plano individualizado da TARV dos 100 pacientes em acompanhamento farmacoterapêutico neste trabalho, os principais resultados quanto à TARV serão apresentados a seguir.

Durante o AFT, foram prescritos uma média de 1,41 esquemas/pessoas vivendo com HIV/AIDS, com uma mediana de 1,00, desvio padrão de 0,79 e o máximo de cinco mudanças de esquemas de ARV foram observados. Uma avaliação global do plano de TARV instituído no CEMJA e esquematizado no Quadro 13 mostra os ARV prescritos por cada linha de tratamento. Notou-se que a escolha prioritária dos infectologistas do serviço recaiu no esquema envolvendo um inibidor de transcriptase reversa não nucleosídeo (efavirenz) com a associação dos inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa (lamivudina + zidovudina), presente em 44 prescrições iniciais.

Em relação aos esquemas terapêuticos selecionados em primeira linha, o Quadro 14 ilustra que neste estudo foram prescritos 15 diferentes tipos de esquemas antirretrovirais no esquema inicial, sendo o predominante zidovudina + lamivudina + efavirenz (AZT+3TC+EFZ), seguido do esquema alternativo envolvendo os inibidores de protease lopinavir/ritonavir agregado aos inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa zidovudina/lamivudina, em 25% (n=25) do total

do primeiro esquema. Observou-se que a lamivudina esteve presente na totalidade das escolhas terapêuticas iniciais prescritas e que os esquemas mais usados compreendiam o de três fármacos, correspondente a 86% (n=86).

Quadro 14 - Distribuição dos esquemas de antirretrovirais mais frequentes em cada linha tratamento durante o acompanhamento farmacoterapêutico, CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

LINHA DE TARV	ARV 1	ARV 2	ARV 3	ARV 4	ARV 5	N	%
ESQUEMA INICIAL	Efavirenz	Zidovudina/ Lamivudina	-	-	-	44	44,0%
	Lopinavir/ Ritonavir	Zidovudina/ Lamivudina	-	-	-	25	25,0%
	Atazanavir	Ritonavir	Zidovudina/ Lamivudina	-	-	6	6,0%
	Outros					25	25,0%
						100	100%
ESQUEMA SECUNDÁRIO	Lopinavir/ ritonavir	Zidovudina/ Lamivudina	-	-	-	6	20,7%
	Efavirenz	Zidovudina/ Lamivudina	-	-	-	5	17,2%
	Lopinavir/ ritonavir	Tenofovir	Lamivudina	-	-	3	10,4%
	Outros					15	51,7%
						29	100%
ESQUEMA TERCIÁRIO	Lopinavir/ ritonavir	Zidovudina/ Lamivudina	NA	-	-	3	42,9%
	Atazanavir	Zidovudina	Lamivudina	-	-	1	14,3%
	Efavirenz	Zidovudina/La mivudina	NA	-	-	1	14,3%
	Outros					2	28,6%
						7	100%
ESQUEMA QUATERNÁRIO	Atazanavir	Ritonavir	Zidovudina/ Lamivudina	-	-	1	33,3%
	Abacavir	Zidovudina/ Lamivudina	NA	-	-	1	33,3%
	Lamivudina	Tenofovir	Efavirenz	-	-	1	33,3%
						3	100%
QUINTO ESQUEMA	Atazanavir	Zidovudina/ Lamivudina	-	-	-	1	50,0%
	Efavirenz	Zidovudina/ Lamivudina	-	-	-	1	50,0%
						2	100%

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Dos 100 PVHIV/AIDS iniciados com TARV, 29 sujeitos acompanhados necessitaram trocar o padrão dos seus medicamentos indo para uma segunda linha de tratamento (Quadro15). Nesse esquema secundário, os três mais prescritos foram lopinavir/ritonavir + zidovudina/lamivudina (20,7%; n=6); efavirenz + zidovudina/lamivudina (17,2%; n=5) e lopinavir/ritonavir + tenofovir (10,4%, n=3). O principal motivo da mudança do esquema inicial foi o aparecimento de reações adversas, 17 dos casos (58,6%), que se deu, em especial, ao período inicial de adaptação à TARV; as demais trocas foram para tentar melhorar a adesão ao tratamento em dois casos (6,9%). Um usuário (2,2%) permutou o esquema inicial por resistência primária ao AZT (Quadro 19).

Quadro 14 - Distribuição dos esquemas de antirretrovirais prescritos em primeira linha do tratamento para pessoas vivendo com HIV/AIDS em acompanhamento farmacoterapêutico, CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Esquema antiretroviral inicial	N	%
Abacavir (300 mg) + Lamivudina (150 mg) + Efavirenz (600 mg)	1	1
Atazanavir (300 mg) + Ritonavir (100 mg) + Zidovudina/Lamivudina (300 mg/150 mg)	6	6
Atazanavir (300 mg) + Zidovudina/Lamivudina (300 mg/150 mg)	2	2
Efavirenz (600 mg) + Lamivudina (150 mg) + Tenofovir (300 mg)	6	6
Efavirenz (600 mg) + Tenofovir (300 mg) + Lamivudina (150 mg)	5	5
Efavirenz (600 mg) + Zidovudina/Lamivudina (300 mg/150 mg)	44	44
Lamivudina (150 mg) + Lopinavir/ritonavir (200 mg/50 mg) + Tenofovir (300 mg)	1	1
Lamivudina (150 mg) + Tenofovir (300 mg) + Atazanavir (300 mg) + Ritonavir (100 mg)	1	1
Lamivudina (150 mg) + Tenofovir (300 mg) + Lopinavir/ritonavir (200 mg/50 mg)	1	1
Lopinavir/ritonavir (200 mg/50 mg) + Lamivudina (150 mg) + Tenofovir (300 mg)	1	1
Lopinavir/ritonavir (200 mg/50 mg) + Tenofovir (300 mg) + Lamivudina (150 mg)	1	1
Lopinavir/ritonavir (200 mg/50 mg) + Zidovudina/Lamivudina (300 mg/150 mg)	25	25
Zidovudina (100 mg) + Lamivudina (150 mg) + Ritonavir (100 mg) + Tenofovir	1	1
Zidovudina/Lamivudina (300 mg/150 mg) + Efavirenz (600 mg)	3	3
Zidovudina/Lamivudina (300 mg/150 mg) + Lopinavir/ritonavir (200 mg/50 mg)	2	2
Total	100	100

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Quadro 15 - Distribuição dos esquemas de antirretrovirais prescritos em segunda linha do tratamento para pessoas vivendo com HIV/AIDS em acompanhamento farmacoterapêutico, CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Esquema antiretroviral secundário	N	%
Abacavir (300 mg) + Lamivudina (150 mg) + Lopinavir/ritonavir (200 mg/50 mg)	1	3,4
Atazanavir (200 mg) + Ritonavir (100 mg) + Tenofovir (300 mg) + Lamivudina (150 mg)	1	3,4
Atazanavir (200 mg) + Ritonavir (100 mg) + Zidovudina/Lamivudina (300 mg/150 mg)	2	6,9
Atazanavir (200 mg) + Zidovudina/Lamivudina (300 mg/150 mg)	3	10,3
Efavirenz (600 mg) + Lamivudina (150 mg) + Tenofovir (300 mg)	1	3,4
Efavirenz (600 mg) + Zidovudina/Lamivudina (300 mg/150 mg)	5	17,2
Fosamprenavir (700 mg) + Ritonavir (100 mg) + Zidovudina/Lamivudina (300 mg/150 mg)	1	3,4
Lamivudina (150 mg) + Tenofovir (300 mg) + Atazanavir (200 mg) + Ritonavir (100 mg)	1	3,4
Lamivudina (150 mg) + Tenofovir (300 mg) + Efavirenz (600 mg)	1	3,4
Lamivudina (150 mg) + Tenofovir (300 mg) + Fosamprenavir (700 mg) + Ritonavir (100 mg)	1	3,4
Lopinavir/ritonavir (200 mg/50 mg) + Lamivudina (150 mg) + Tenofovir (300 mg)	1	3,4
Lopinavir/ritonavir (200 mg/50 mg) + Tenofovir (300 mg) + Lamivudina (150 mg)	3	10,3
Lopinavir/ritonavir (200 mg/50 mg) + Zidovudina/lamivudina (200 mg/50 mg)	6	20,7
Zidovudina/Lamivudina (300 mg/150 mg) + Lamivudina + Lopinavir/ritonavir (200 mg/50 mg)	1	3,4
Zidovudina/Lamivudina (300 mg/150 mg) + Efavirenz (600 mg)	1	3,4
Total	29	100

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Os quadros 16, 17, e 18 ilustram demais esquemas antirretrovirais usados pelas PVHIV/AIDS durante o período do estudo. Notou-se que no esquema terciário, a associação lopinavir/ritonavir + zidovudina/lamivudina foi a mais incidente com três observações, sendo que prevaleceu a prescrição de IP. Nos esquemas quaternários e no quinto plano terapêutico não houve o predomínio quantitativo de um tipo específico de ARV. Em relação aos motivos da falência terapêutica, verificou-se que os acompanhados que tiveram a necessidade de mudar o esquema pela segunda, terceira e quarta vez ao longo do acompanhamento tiveram como motivo prioritário

o surgimento de reações adversas com cinco casos (71,4%), dois e dois observações, respectivamente (Quadro 19).

Quadro 16 - Distribuição dos esquemas de antirretrovirais prescritos em terceira linha do tratamento para pessoas vivendo com HIV/AIDS em acompanhamento farmacoterapêutico, CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Esquema antiretroviral terciário	N	%
Atazanavir (200 mg) + Zidovudina (100 mg) + Lamivudina (150 mg)	1	14,3
Efavirenz (600 mg) + Zidovudina/Lamivudina (300 mg/150 mg)	1	14,3
Lopinavir/ritonavir (200 mg/50 mg) + Tenofovir (300 mg) + Lamivudina (150 mg)	1	14,3
Lopinavir/ritonavir (200 mg/50 mg) + Zidovudina/Lamivudina (300 mg/150 mg)	3	42,9
Lamivudina (150 mg) + Efavirenz (600 mg) + Tenofovir (300 mg)	1	14,3
Total	7	100

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Quadro 17- Distribuição dos esquemas de antirretrovirais prescritos em quarta linha do tratamento para pessoas vivendo com HIV/AIDS em acompanhamento farmacoterapêutico, CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Esquema antiretroviral quaternário	N	%
Abacavir (300 mg) + Zidovudina/Lamivudina (300 mg/150 mg)	1	33,3
Atazanavir (200 mg) + Ritonavir (100 mg) + Zidovudina/Lamivudina (300 mg/150 mg)	1	33,3
Lamivudina (150 mg) + Tenofovir (300 mg) + Efavirenz (600 mg)	1	33,3
Total	3	100

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Quadro 18 - Distribuição dos esquemas de antirretrovirais prescritos em quinta linha do tratamento para pessoas vivendo com HIV/AIDS em acompanhamento farmacoterapêutico, CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Quinto esquema antiretroviral	N	%
Atazanavir (200 mg) + Zidovudina/Lamivudina (300 mg/150mg)	1	50
Efavirenz (600 mg) + Zidovudina/Lamivudina (300 mg/150 mg)	1	50
Total	2	100

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Quadro 19: Distribuição dos motivos das mudanças do tratamentos antirretrovirais em relação a linha de tratamento durante o acompanhamento farmacoterapêutico (CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012).

LINHA DE TARV	MOTIVO DE MUDANÇA	N	%
ESQUEMA INICIAL	Reação Adversa a Medicamento	17	58,6%
	Mudança para facilitar adesão	2	6,9%
	Resistência primária ao AZT	1	3,4%
	Outros	9	31,0%
	Total	29	100%
LINHA DE TARV	MOTIVO DE MUDANÇA	N	%
ESQUEMA SECUNDÁRIO	Reação Adversa a Medicamento	5	71,4%
	Mudança para Facilitar Adesão	2	28,6%
	Total	7	100%
LINHA DE TARV	MOTIVO DE MUDANÇA	N	%
ESQUEMA TERCIÁRIO	Reação Adversa a Medicamento	2	66,6%
	Mudança para facilitar adesão	1	33,3%
	Total	3	100%
LINHA DE TARV	MOTIVO DE MUDANÇA	N	%
ESQUEMA QUATERNÁRIO	Reação Adversa a Medicamento	2	
	Total	2	100,0%

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Em um trabalho onde há um AFT com pessoas em uso de ARV, torna-se fundamental a análise quali-quantitativa das reações adversas. O Quadro 20 apresenta a classificação de reações adversas por classe de medicamento. Pela observação do mesmo, em relação aos ARV, vê-se que o maior número de reações adversas foi relacionado aos INTR (n=113), seguido dos INNT com 73 observações e dos IP (n=49). Das RAM relatadas (n=245), as envolvidas com os distúrbios do trato gastrointestinal foram as mais presentes (n=117), entre essas se destacam: diarreia, náusea e vômito.

As reações adversas envolvendo o sistema nervoso apareceram em segundo lugar neste estudo em 101 casos analisados, principalmente tonturas, pesadelos e delírios. Outras RAM manifestadas em menor frequência acometeram o trato dermatológico e hematológico (Quadro 20).

Já os medicamentos diferentes dos ARV tiveram uma frequência consideravelmente menor quando comparada aos utilizados para o combate ao HIV em desencadear RAM durante este AFT. Os antibióticos (n=4) e anti-histamínicos (n=2) foram os que mais apresentaram reações, também relacionadas aos transtornos gastrointestinais e do sistema nervoso central, em sua maioria (Quadro 20).

Quadro 20 - Distribuição das reações adversas dos medicamentos segundo a classe farmacológica para o tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS em acompanhamento farmacoterapêutico, CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Classe farmacológica		Rash cutâneo, dermatites e outros Distúrbios Dermatológicos	Diarreia, náusea, vômito, perda de peso e Transtornos Gastrointestinais	Tontura, delírio, pesadelo, transtornos do Sistema Nervoso Central	Anemia, neutropenia e demais Alterações Hematológicas	Outros	Sem RAM relatada	Total
Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa	N	4	54	46	3	5	1	113
	% relativo à classe de medicamento	3,5%	47,8%	40,7%	2,7%	4,4%	,9%	
Inibidores Não Nucleosídeos da Transcriptase Reversa	N	5	21	42	0	4	1	73
	% relativo à classe de medicamento	6,8%	28,8%	57,5%	0,0%	5,5%	1,4%	
Inibidores de Protease	N	0	38	9	0	2	0	49
	% relativo à classe de medicamento	0,0%	77,6%	18,4%	0,0%	4,1%	0,0%	
Antibiótico	N	0	3	1	0	0	0	4
	% relativo à classe de medicamento	0,0%	75,0%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
Anti-histamínico	N	0	1	0	0	1	0	2
	% relativo à classe de medicamento	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	
Antiemético	N	0	0	0	0	1	0	1
	% relativo à classe de medicamento	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	
Antiviral	N	0	0	1	0	0	0	1
	% relativo à classe de medicamento	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
Antidiarreicos	N	0	0	1	0	0	0	1
	% relativo à classe de medicamento	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
Glicocorticoíde	N	0	0	1	0	0	0	1
	% relativo à classe de medicamento	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	N	9	117	101	3	13	2	245

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

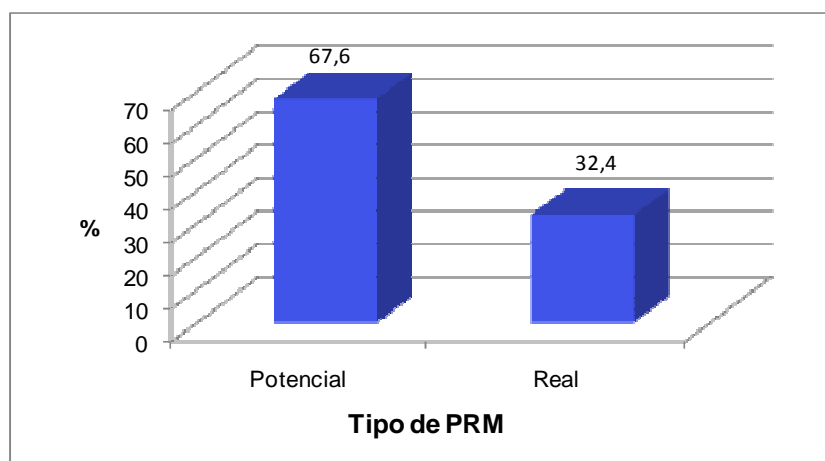
5.3. CAPÍTULO 3: Resultados da Atenção Farmacêutica: Indicadores farmacoterapêuticos, clínico-laboratoriais, e humanísticos durante o acompanhamento farmacoterapêutico das pessoas vivendo com HIV/AIDS.

5.3.1. Indicadores farmacoterapêuticos:

5.3.1.1. Problemas Relacionados aos Medicamentos, Intervenções Farmacêuticas e afins

A análise dos resultados específicos de AF expressos em indicadores farmacoterapêuticos, clínico-laboratoriais, e humanísticos serão apresentados neste capítulo. Foram identificados 961 problemas de saúde, destes 857 (89,4%) geraram PRM. Obteve-se a média de 9,61 problemas de saúde/paciente e média de 8,57 PRM/paciente. Em relação ao aparecimento do problema, classificaram-se como reais 278 (32,4%) e potenciais 579 (67,6%) PRM (Gráfico 3), estes últimos em sua grande maioria são passíveis de evitar através de intervenções de orientação farmacêutica.

Gráfico 3 – Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à frequência de tipo de problema relacionado a medicamento, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).



Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

Quanto aos tipos de medicamentos e problemas relacionados aos mesmos, os ARV foram os mais envolvidos com 762 PRM (88,84%) quer de forma real ou potencial, enquanto que os demais medicamentos de outras classes farmacológicas foram atribuídos em 11,16% em 857 das

ocasiões dos PRM, os medicamentos não-ARV mais envolvidos com a notificação de PRM foram a metoclopramida em 8 casos (0,93%), seguido de dipirona em sete casos (0,82%) e azitromicina em quatro casos (0,47%). A Tabela 22 apresenta os dados relativos à frequência dos ARV mais envolvidos com PRM.

Tabela 22 - Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto ao tipo de medicamento e os problemas relacionados aos mesmos, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

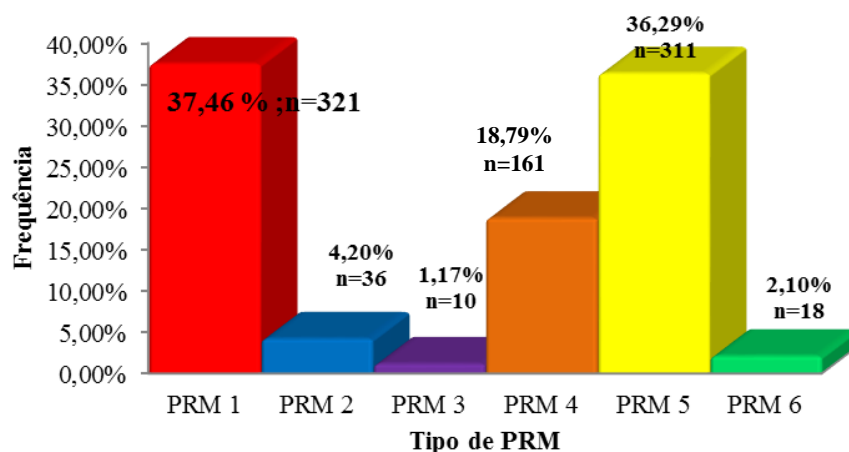
Medicamento	N	%
Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC)	222	25,90
Efavirenz (EFV)	204	23,80
Lopinavir (LPV) + Ritonavir (RTV)	143	16,69
Atazanavir (ATV)	49	5,71
Lamivudina (3TC)	49	5,71
Tenofovir disoproxil fumarato (TDF)	44	5,13
Ritonavir (RTV)	36	4,2
Fosamprenavir (FPV)	6	0,70
Zidovudina (AZT)	5	0,58
Abacavir (ABC)	4	0,47
Outros medicamentos não ARV	95	11,16
TOTAL	857	100,00

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

Notou-se que 222 (25,90%) dos 857 dos registros foram atribuídos à associação de zidovudina + lamivudina (AZT+3TC), seguido do efavirenz (EFZ), com 204 (23,80%) observações e lopinavir (LPV) + ritonavir (RTV) em terceiro, apresentando 143 casos de PRM (16,60%).

Em relação às categorias de PRM, de acordo o II Consenso de Granada (2002), verificou-se uma frequência próxima entre o PRM 1 (necessidade de utilização de tratamento farmacológico) com 321 observações (37,46%) e o PRM 5 (insegurança qualitativa) que contabilizou 311 (36,29%) casos. Já o PRM 4 (inefetividade quantitativa) ocupou o terceiro lugar com 161 notificações (18,79%) (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à classificação dos problemas relacionados a medicamentos, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).



Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

A Tabela 23 apresenta a descrição causal dos principais PRM-ARV verificados durante o AFT. Os três mais frequentes foram as reações adversas aos ARV com 311 notificações (36,29%), em seguida a adesão irregular com 161 observações (18,79%) e a não adesão voluntária em 126 casos (14,70%).

Tabela 23 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto aos principais problemas relacionados aos medicamentos antirretrovirais, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).

Descrição dos PRM	N	%
Reações adversas (PRM5)	311	36,29
Adesão irregular (PRM4)	161	18,79
Não adesão voluntária (PRM1)	126	14,70
Desconhecimento de informações relevantes ao tratamento (PRM1)	80	9,33
Problema de saúde não tratado (PRM1)	78	9,10
Não adesão involuntária (PRM1)	37	4,32
Automedicação (PRM2)	36	4,20
Insegurança quantitativa do tratamento (PRM6)	18	2,10
Insegurança qualitativa do tratamento (PRM3)	10	1,17
Total	857	100

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

As tabelas 24 e 25 mostram o perfil das IF realizadas durante o acompanhamento farmacêutico para identificar, prevenir e resolver PRM. A classificação dos tipos de IF foi de acordo com o modelo proposto por SABÁTER *et al* (2005), com as devidas adaptações deste estudo, para a melhor adequação ao perfil da clientela soropositiva (HIV positivos em TARV), ressaltando que um problema de saúde e/ou relacionado ao medicamento poderia ter mais de uma IF.

Das 963 intervenções relacionadas aos medicamentos (Tabela 24), as mais realizadas pelos farmacêuticos do CEMJA foram as direcionadas à educação dos pacientes em 663 oportunidades (68,85%), sendo 318 destas (33,0%) para reduzir o abandono, o subtipo de IF mais observado, fato bastante observado com esse público-alvo e que todo o time multidisciplinar deve otimizar os esforços e estratégias para que haja o fortalecimento do processo de adesão à farmacoterapia ARV.

Ainda utilizando a categorização segundo SABÁTER *et al* (2005), foram realizadas 162 intervenções farmacêuticas sobre a quantidade do fármaco prescrito (Tabela 24). Dessas, 143 (14,90%) foram para alterar o esquema de administração (modificação dos horários durante o dia),

13 (1,4%) para alterar a posologia (frequência e/ou duração do tratamento) e somente seis (0,6%) para alterar a dose do ARV, remetidas para o prescritor (Tabela 25).

Tabela 24 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto às categorias de intervenções farmacêuticas, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Categoria de Intervenção Farmacêutica	N	%
Medida sobre a educação do paciente	663	68,85
Medidas sobre a estratégia farmacológica	138	14,33
Medidas sobre a quantidade de medicamento	162	16,82
Total	963	100,00

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Tabela 25 – Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto ao tipo de intervenção farmacêutica sobre os problemas relacionados a medicamentos, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Tipo de intervenção farmacêutica	N	%
Medida sobre a educação do paciente - Reduzir a não adesão voluntária (modificar atitudes com relação ao tratamento)	318	33,00%
Medidas sobre a quantidade de medicamento - Modificar o horário de administração ao longo do dia	143	14,90%
Medida sobre educação do paciente- <i>Outros</i> : Encaminhamentos a médicos e a outros profissionais de saúde ou apoio biopsicossocial	136	14,10%
Medida sobre a educação do paciente - a- Reduzir a não adesão involuntária (educar sobre o uso do medicamento)	122	12,70%
Medida sobre a educação do paciente - Educar sobre medidas não farmacológicas	87	9,00%
Medidas sobre a estratégia farmacológica - Suspender um medicamento	63	6,50%
Medidas sobre a estratégia farmacológica - Substituir um medicamento	42	4,40%
Medidas sobre a estratégia farmacológica - Acrescentar um medicamento	33	3,40%
Medidas sobre a quantidade de medicamento - Modificar a frequência, quantidade e/ou duração do tratamento	13	1,40%
Medidas sobre a quantidade de medicamento - Modificar a dose/concentração	6	0,60%
Total	963	100,0%

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Uma adaptação à escala de SABÁTER et al (2005) original foi realizada em virtude da necessidade de categorizar as intervenções farmacêuticas que não estavam diretamente relacionadas com o tratamento farmacológico e com os problemas medicamentosos, *per si*.

Assim, o Gráfico 5 ilustra a categoria D criada para agrupar essas outras IF em que se realizou ações que não se enquadravam nas classes propostas na escala original. Neste estudo, o encaminhamento ao médico, em 68 casos (49,64%), foi a intervenção que mais se apresentou durante o AFT, acompanhada de suporte em aspectos bio-psicos-sociais e na qualidade de vida em 36 casos (26,28%) e, por fim, os encaminhamentos a outros profissionais de saúde como psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, outros com 33 casos (24,09%).

Gráfico 5 – Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto ao subtipo de intervenção farmacêutica – 3D, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).



Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Ao analisar a incidência dos PRM em relação à categoria e às classes de intervenções farmacêuticas realizadas na Tabela 26, notou-se que os pacientes com PRM potencial tiveram como IF mais frequente pela escala de SABÁTER et al (2005) a “*Medida sobre a educação do paciente - Reduzir a não adesão voluntária* (modificar atitudes com relação ao tratamento)” com 286 observações (49,40%), enquanto que os pacientes com PRM real tiveram a maior frequência de “*Medidas sobre a quantidade de medicamento - Modificar o horário de administração ao longo do dia*”, perfazendo um total de 100 notificações farmacêuticas (35,90%).

Tabela 26 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto ao tipo de intervenção farmacêutica por tipo de problema relacionado ao medicamento, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Tipo de intervenção farmacêutica		Potencial	Real	Total
Medida sobre a educação do paciente - Reduzir a não adesão voluntária (modificar atitudes com relação ao tratamento).	N % referente ao tipo PRM	286 49,40%	31 11,20%	317 36,99%
Medidas sobre a quantidade de medicamento - Modificar o horário de administração ao longo do dia.	N % referente ao tipo PRM	42 7,20%	100 35,90%	142 16,57%
Medida sobre a educação do paciente - a- Reduzir a não adesão involuntária (educar sobre o uso do medicamento).	N % referente ao tipo PRM	43 7,40%	79 28,40%	122 14,24%
Medida sobre educação do paciente - Outros: Encaminhamentos a médicos e a outros profissionais de saúde ou apoio biopsicos.	N % referente ao tipo PRM	67 11,60%	35 12,60%	102 11,90%
Medidas sobre a estratégia farmacológica - Suspende um medicamento.	N % referente ao tipo PRM	61 10,50%	2 0,70%	63 7,35%
Medidas sobre a estratégia farmacológica - Substituir um medicamento.	N % referente ao tipo PRM	31 5,40%	11 4,00%	42 4,90%
Medidas sobre a estratégia farmacológica - Acrescentar um medicamento.	N % referente ao tipo PRM	31 5,40%	1 0,40%	32 3,73%
Medida sobre a educação do paciente - Educar sobre medidas não farmacológicas.	N % referente ao tipo PRM	7 1,20%	11 4,00%	18 2,10%
Medidas sobre a quantidade de medicamento - Modificar a frequência, quantidade e/ou duração do tratamento.	N % referente ao tipo PRM	9 1,60%	4 1,40%	13 1,52%
Medidas sobre a quantidade de medicamento - Modificar a dose.	N % referente ao tipo PRM	2 0,30%	4 1,40%	6 0,70%
Total	N %	579 100,00%	278 100,00%	857 100,00%

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Através da Tabela 27, observaram-se as IF mais frequentes em relação à classificação dos PRM de acordo com as categorias do II Consenso de Granada. Para PRM1, necessidade farmacológica não tratada, ou seja, o paciente não utiliza o medicamento que necessita, a intervenção mais frequente foi “*Medida sobre a educação do paciente - Reduzir a não adesão voluntária* (modificar atitudes com relação ao tratamento)” em 128 ocasiões (40,10%).

Em relação ao PRM2, utilização de medicamento sem necessidade farmacológica, foram realizadas 39 (86,70%) intervenções do tipo “*Medidas sobre a estratégia farmacológica - Suspender um medicamento*”. As demais frequências e percentuais podem ser obtidos observando-se as colunas da Tabela 27 a seguir.

Tabela 27 – Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto ao tipo de intervenção farmacêutica por classificação de categoria de problema relacionado ao medicamento, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Tipo de intervenção farmacêutica		Classificação de PRM						Total
		PRM5	PRM1	PRM4	PRM2	PRM6	PRM3	
Medida sobre a educação do paciente - Reduzir a não adesão voluntária (modificar atitudes com relação ao tratamento).	N	117	128	72	0	0	0	317
	% referente ao PRM	35,20%	40,10%	55,00%	0,00%	0,00%	0,00%	36,99%
Medidas sobre a quantidade de medicamento - Modificar o horário de administração ao longo do dia.	N	103	12	24	0	3	0	142
	% referente ao PRM	30,90%	3,80%	18,30%	0,00%	16,70%	0,00%	16,57%
Medida sobre a educação do paciente - Reduzir a não adesão involuntária (educar sobre o uso do medicamento).	N	9	91	21	0	1	0	122
	% referente ao PRM	2,70%	28,50%	16,00%	0,00%	5,60%	0,00%	14,24%
Medida sobre educação do paciente- Outros: Encaminhamentos a médicos e a outros profissionais de saúde ou apoio biopsicossociais.	N	28	57	7	5	1	4	102
	% referente ao PRM	8,40%	17,90%	5,30%	11,10%	5,60%	36,30%	11,90%
Medidas sobre a estratégia farmacológica - Suspender um medicamento.	N	24	0	0	39	0	0	63
	% referente ao PRM	7,20%	0,00%	0,00%	86,70%	0,00%	0,00%	7,35%
Medidas sobre a estratégia farmacológica - Substituir um medicamento.	N	30	5	2	1	1	3	42
	% referente ao PRM	9,00%	1,60%	1,50%	2,20%	5,60%	27,30%	4,90%
Medidas sobre a estratégia farmacológica - Acrescentar um medicamento.	N	12	20	0	0	0	0	32
	%% referente ao PRM	3,60%	6,20%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	3,73%
Medida sobre a educação do paciente - Educar sobre medidas não farmacológicas.	N	5	6	3	0	0	4	18
	% referente ao PRM	1,50%	1,90%	2,30%	0,00%	0,00%	36,40%	2,10%
Medidas sobre a quantidade de medicamento - Modificar a frequência, quantidade e/ou duração do tratamento.	N	5	0	1	0	7	0	13
	% referente ao PRM	1,50%	0,00%	0,80%	0,00%	38,80%	0,00%	1,52%
Medidas sobre a quantidade de medicamento - Modificar a dose.	N	0	0	1	0	5	0	6
	% referente ao PRM	0,00%	0,00%	0,80%	0,00%	27,70%	0,00%	0,70%
Total	N	333	319	131	45	18	11	857
	%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,0%

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

O meio de comunicação mais utilizado para realizar as IF foi o verbal-presencial em 344 dos casos (48,25%), no entanto, cerca de 30% das intervenções foram comunicadas por escrito (Tabela 28). O paciente em 758 ocasiões (87,83%) foi o mais incidente destinatário das intervenções, mas notifica-se a interface com o médico, segundo mais observado com 76 IF (8,80%) somadas a esse profissional (Tabela 29).

Tabela 28 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto aos meios de comunicação da intervenção farmacêutica, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).

Meios de comunicação	N	%
Verbal por telefone	160	22,44
Escrito	106	14,87
Verbal presencial	344	48,25
Verbal presencial e Verbal por telefone	2	0,28
Verbal presencial e escrito	101	14,17
Total	713	100,00

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

Tabela 29 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto a quem se destina o comunicado da intervenção farmacêutica, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

A quem se destina	N	%
Cuidador/Familiar	12	1,39
Médico	33	3,82
Paciente	758	87,83
Paciente e Médico	43	4,98
Paciente e outros profissionais	2	0,23
Outros profissionais	15	1,74
Total	863	100,00

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

5.3.1.2. Resultados farmacoterapêuticos: adesão à farmacoterapia antirretroviral (TARV) e suas interfaces.

Em virtude da importância que se configura a adesão à farmacoterapia ARV, este parâmetro recebeu uma atenção especial e foi estudado em um bloco separado (C), no qual se analisou tanto taxa de adesão, como também aspectos intrínsecos entre os dois métodos aplicados neste estudo, o autorrelato (questionário) e o registro de dispensação da Farmácia.

Para um melhor entendimento do comportamento tanto do público-alvo como da dinâmica ao qual estavam inseridos em relação a esse componente estratégico do tratamento durante o acompanhamento farmacoterapêutico, a adesão pelo método do autorrelato (questionário – DELGADO e LIMA, 2001) foi verificada ao início – momento 1 (2º atendimento farmacêutico) após o primeiro mês de utilização dos ARV, meio – momento 2 (5º atendimento farmacêutico) e fim – momento 3 (9ª atendimento farmacêutico) do AFT. O método de registro de dispensação não permite essa análise em virtude de sua própria lógica operacional que gera uma taxa global ao fim de um período longitudinal de análise.

Inicialmente, em relação ao método do autorrelato, a Tabela 30 apresenta que, do total de pacientes, 92% (n=92) foram classificados como aderentes na 1ª entrevista, sendo esta a taxa global de adesão inicial. Destes, 3,3% (n=3) mudaram sua classificação no segundo momento, tendo então a categoria de não aderentes na 2ª entrevista e 96,7% continuaram sendo classificados como aderentes.

Tabela 30 - Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à classificação dos pacientes segundo adesão de acordo com o método de autorrelato – 1ª entrevista vs 2ª entrevista (momento 1 x momento 2), CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Classificação na 1a. entrevista		Classificação na 2a. entrevista		Total
		Não aderente	Aderente	
Não aderente	N	2	6	8
	Adesão método de autorrelato- 1ª entrevista.	25,0%	75,0%	100,0%
	Adesão método de autorrelato- 2ª entrevista.	40,0%	6,3%	8,0%
	Total	2,0%	6,0%	8,0%
Aderente	N	3	89	92
	Adesão método de autorrelato – 1ª entrevista.	3,3%	96,7%	100,0%
	Adesão método de autorrelato- 2ª entrevista.	60,0%	93,7%	92,0%
	Total	3,0%	89,0%	92,0%
Total	N	5	95	100
	Adesão método de autorrelato- 1ª entrevista.	5,0%	95,0%	100,0%
	Adesão método de autorrelato- 2ª entrevista.	100,0%	100,0%	100,0%
	Total	5,0%	95,0%	100,0%

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

Já quando é analisada a taxa de adesão entre as pessoas vivendo com HIV/AIDS que foram categorizadas como aderentes pelo autorrelato no primeiro momento (92 casos) e no terceiro, 4,3% (n=4) foram classificados como não aderentes no 3º momento de aferição e 95,7% (n=88) continuaram sendo classificados como aderentes (Tabela 31).

Tabela 31 - Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à classificação dos pacientes segundo a adesão: método de autorrelato – 1ª entrevista vs 3ª entrevista (momento 1 x momento 3), CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Classificação na 1ª entrevista		Classificação na 3ª entrevista		Total
		Não aderente	Aderente	
Não aderente	N	1	7	8
	Adesão método de autorrelato – 1ª entrevista.	12,5%	87,5%	100,0%
	Adesão método de autorrelato – 3ª entrevista.	20,0%	7,4%	8,0%
	Total	1,0%	7,0%	8,0%
Aderente	N	4	88	92
	Adesão autorrelato – 1ª entrevista.	4,3%	95,7%	100,0%
	Adesão autorrelato – 3ª entrevista.	80,0%	92,6%	92,0%
	Total	4,0%	88,0%	92,0%
Total	N	5	95	100
	Adesão autorrelato – 1ª entrevista.	5,0%	95,0%	100,0%
	Adesão autorrelato – 3ª entrevista.	100,0%	100,0%	100,0%
	Total	5,0%	95,0%	100,0%

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

Na segunda e na última aferição durante o AFT, a taxa de adesão global através do autorrelato foi de 95,0% dos 100 avaliados e, em relação à segunda entrevista, quatro avaliados (4,2%) foram classificados como não aderentes na 3ª entrevista (n=100) foram classificados como aderentes no 2º momento. Já 91 (95,8%) dos que estavam na classe dos aderentes na segunda entrevista permaneceram nesta mesma categoria na avaliação final da adesão. Estes achados podem ser visualizados na Tabela 32 a seguir.

Tabela 32 - Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à classificação dos pacientes segundo adesão: método de autorrelato – 2ª entrevista vs 3ª entrevista (Momento 2 x Momento 3), CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Classificação na 2ª entrevista		Classificação na 3ª entrevista		Total
		Não aderente	Aderente	
Não aderente	N	1	4	5
	Adesão autorrelato- 2ª entrevista.	20,0%	80,0%	100,0%
	Adesão autorrelato- 3ª entrevista.	20,0%	4,2%	5,0%
	Total	1,0%	4,0%	5,0%
Aderente	N	4	91	95
	Adesão autorrelato- 2ª entrevista.	4,2%	95,8%	100,0%
	Adesão autorrelato- 3ª entrevista.	80,0%	95,8%	95,0%
	Total	4,0%	91,0%	95,0%
Total	N	5	95	100
	Adesão autorrelato- 2ª entrevista.	5,0%	95,0%	100,0%
	Adesão autorrelato- 3ª entrevista.	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

Como é recomendado em estudos de adesão, a utilização de no mínimo dois métodos quando os mesmos são aferições indiretas, seguiu-se além do autorrelato, o método de registro de dispensação de ARV pela Farmácia proposto pelo Ministério da Saúde no Projeto ATAR (BRASIL, 2010). Nessa proposta, classificou-se como adesão irregular quando ocorreu pelo menos um dos tempos entre as dispensações maior do que o tempo médio desta medida e adesão regular, caso contrário. Adotou-se como abandono quando a PVHIV/AIDS ficou mais de 90 dias sem retirar os medicamentos. Nesse trabalho, os resultados mostraram mediana, média e desvio padrão para os tempos entre as dispensações de, respectivamente, 30,0; 33,07 e 15,55 e tempo mínimo igual a um dia e máximo igual a 220 dias. O intervalo com 95% de confiança para o tempo médio entre as dispensações foi igual a 30,03 e 36,12. Assim, a Tabela 33 revela que através desse método a taxa de adesão regular foi de 76% e 10 pacientes abandonaram o estudo pelos critérios preconizados no protocolo do Ministério da Saúde em relação ao processo de dispensação dos ARV.

Tabela 33 – Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à adesão através do método de registro de dispensação pela farmácia, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

	Classificação - Método Registro de Dispensação			Total
	Aderente	Adesão irregular	Abandono	
Total	76 (76,0%)	14 (14,0%)	10 (10,0%)	100 (100,0%)

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

Buscando analisar a possibilidade de concordância entre os métodos de aferição da adesão e os métodos de adesão utilizados no estudo, foi determinado o coeficiente Kappa (κ). A Tabela 34 apresenta a frequência de pacientes segundo a classificação quanto à adesão pela classificação mais frequente nas três entrevistas pelo método de entrevista do autorrelato (DELGADO E LIMA) e pelo método de registro de dispensação dos ARV pela Farmácia.

A classificação pelo primeiro método (autorrelato) foi feita da seguinte maneira: os pacientes classificados como aderentes em duas ou três das entrevistas realizadas foram classificados como aderentes, caso contrário foram classificados como não aderentes. No método de registro de dispensação, os abandonos foram agrupados na categoria “não aderente” para que pudesse haver parametrização similar na análise.

Tabela 34 - Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à classificação pelo método de autorrelato (maior frequência nas entrevistas) e pelo método de registro de dispensação de medicamentos, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).

			Adesão - Método de registro de medicamentos		
			Não aderente	Aderente	Total
Adesão Auto relato: maior frequências nas entrevistas	Não aderente	N	1	3	4
		% em relação à maior frequência nas entrevistas.	25,0%	75,0%	100,0%
		% em relação a Adesão - Método de registro de medicamentos.	4,2%	3,9%	4,0%
		% em relação ao Total.	1,0%	3,0%	4,0%
	Aderente	N	23	73	96
		% em relação à maior frequência nas entrevistas.	24,0%	76,0%	100,0%
		% em relação a Adesão - Método de registro de medicamentos.	95,8%	96,1%	96,0%
		% em relação ao Total.	23,0%	73,0%	96,0%
	Total	N	24	76	100
		% em relação à maior frequência nas entrevistas.	24,0%	76,0%	100,0%
% em relação a Adesão - Método de registro de medicamentos.		100,0%	100,0%	100,0%	
% em relação ao Total.		24,0%	76,0%	100,0%	

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

O coeficiente Kappa, quando se considerou a classificação de acordo com a maior frequência de classificação nas três entrevistas, foi $\kappa=0,003$ (quase igual a zero) e o teste de hipóteses resultou um valor-p igual a 0,962, indicando que a concordância existente é simplesmente a esperada pelo acaso.

Ainda no intuito de analisar as propriedades e valores técnicos dos métodos aplicados, fizeram-se os testes de sensibilidade e a especificidade. Essas medidas ajudam a analisar a qualidade do diagnóstico, podendo ser utilizada para verificar a qualidade de um método, comparado ao um método padrão, de qualidade já reconhecida, chamado de padrão-ouro. Mesmo sabendo não ter um *gold standard* para aferir a adesão, adotou-se para esse fim de análise estatística o registro de dispensação como método padrão mais acurado diante das evidências da literatura e o autorrelato como método teste. Considerando-se que os métodos utilizados (padrão e o novo método) produzem dois resultados possíveis (positivo ou negativo), a sensibilidade é a probabilidade de que o novo método indique resultado positivo, sabendo-se que o padrão ouro indicou resultado positivo. A especificidade é a probabilidade de que o novo método indique resultado negativo, sabendo-se que o padrão ouro indicou resultado negativo.

Considerando-se como padrão-ouro o método de registro de dispensação de ARV, para classificar um paciente como aderente ou não e como resultado positivo o paciente ser aderente, calculou-se a sensibilidade da classificação de adesão pelo método de entrevista direta (autorrelato por DELGADO E LIMA) e também sua especificidade. Os resultados de cada entrevista, pelo método das médias e pelo método da maior frequência, estão na Tabela 35.

Tabela 35 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à sensibilidade e especificidade do método de entrevista direta (autorrelato) para classificação de adesão, tendo como padrão ouro o método de registro de dispensação CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Medidas	Entrevista			Método das médias	Método da maior frequência nas entrevistas
	1ª.	2ª.	3ª.		
Sensibilidade	96,05%	97,37%	96,05%	97,37%	96,05%
Especificidade	20,83%	12,50%	8,33%	12,50%	4,17%

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

Observa-se que, em todas as situações, a classificação seguindo o método proposto por Delgado e Lima é bastante sensível, ou seja, detectou com probabilidade alta (96,05%) as pessoas vivendo com HIV/AIDS que são aderentes. No entanto, os valores de especificidade são baixos, ou seja, dado que o paciente é não aderente, o método de entrevista direta por questionários semi-estruturados tem probabilidade baixa de detectá-lo.

As tabelas a seguir apresentarão os resultados de cruzamento de variáveis relacionadas a aspectos demográficos dos pacientes e adesão à TARV, seguindo-se dos resultados de testes da hipótese.

Segundo os resultados da Tabela 36, 80,6% dos pacientes do sexo feminino (25 mulheres) foram classificados como aderentes, enquanto que 97,1% (67 homens) dos pacientes do sexo masculino foram classificados dessa forma.

Como a distribuição da Tabela 36 gerou um percentual de uma célula com valor esperado menor que 5, foi realizado o teste exato de Fisher para verificar a associação entre sexo e adesão à tomada de medicamentos. Esse teste encontrou um valor p de 0,010, indicando haver associação entre sexo e adesão, com nível de significância de 0,05 no momento inicial do tratamento farmacológico antirretroviral.

A Tabela 37 revelou que na 2ª entrevista houve um aumento da adesão dos pacientes do sexo feminino, que passou para 90,3%. A adesão masculina permaneceu em 97,1% dos pacientes. O teste exato de Fisher foi utilizado para verificar a associação entre as duas variáveis. O valor- p resultante foi de 0,171, indicando não haver associação, na 2ª. entrevista, entre sexo e adesão, ao nível de 5% de significância.

Já avaliando os acompanhados na 3ª. entrevista, a adesão do sexo feminino permaneceu menor, de 87,1%, enquanto que a adesão do sexo masculino foi de 98,6%. O teste exato de Fisher, que produziu um valor- p de 0,031, indicou haver associação entre sexo e adesão (Tabela 38).

Tabela 36 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacêutico quanto à adesão pelo método de autorrelato, por sexo, na 1ª entrevista, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

			Adesão Autorrelato – 1ª entrevista		
			Não aderente	Aderente	Total
Sexo	Feminino	N	6	25	31
		% em relação a Sexo	19,4%	80,6%	100,0%
		% em relação a Adesão autorrelato	75,0%	27,2%	31,0%
	Masculino	N	2	67	69
		% em relação a Sexo	2,9%	97,1%	100,0%
		% em relação a Adesão autorrelato -	25,0%	72,8%	69,0%
Total		N	8	92	100
		% em relação a Sexo	8,0%	92,0%	100,0%
		% em relação a Adesão autorrelato	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

Tabela 37 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o AFT quanto à adesão pelo método de autorrelato, por sexo, na 2ª entrevista CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

			Adesão Autorrelato– 2ª entre.		
			Não aderente	Aderente	Total
Sexo	Feminino	N	3	28	31
		% em relação ao Sexo	9,7%	90,3%	100,0%
		% em relação a Adesão Autorrelato – 2ª entrevista	60,0%	29,5%	31,0%
	Masculino	N	2	67	69
		% em relação ao Sexo	2,9%	97,1%	100,0%
		% em relação a Adesão Autorrelato – 2ª entrevista	40,0%	70,5%	69,0%
Total		N	5	95	100
		% em relação ao Sexo	5,0%	95,0%	100,0%
		% em relação a Adesão Autorrelato – 2ª entrevista	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

Tabela 38 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à adesão pelo método de autorrelato, por sexo, na 3ª entrevista CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

			Adesão Autorrelato - 3a. entre		
			Não aderente	Aderente	Total
Sexo	feminino	N	4	27	31
		% em relação ao Sexo	12,9%	87,1%	100,0%
		% em relação a Adesão Autorrelato – 3ª entrevista	80,0%	28,4%	31,0%
	masculino	N	1	68	69
		% em relação ao Sexo	1,4%	98,6%	100,0%
		% em relação a Adesão Autorrelato – 3ª entrevista	20,0%	71,6%	69,0%
Total		N	5	95	100
		% em relação ao Sexo	5,0%	95,0%	100,0%
		% em relação a Adesão Autorrelato – 3ª entrevista	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

Em relação à faixa etária, a relação desse parâmetro com a adesão mostrou que foi a de maior incidência de cumprimento do plano prescritivo da farmacoterapia ARV englobou as PVHIV da faixa de 40 a 49 anos, na qual 100% dos pacientes foram classificados como aderentes na 1ª entrevista, o mesmo ocorrendo nas 2ª e 3ª entrevistas. O teste exato de Fisher, não foi significativo nas 1ª e 2ª entrevistas, com o valor-p igual a 0,394, e 0,255, respectivamente, indicando não haver associação entre faixa etária e adesão. No entanto, o valor-p relativo no final do AFT relativo à 3ª entrevista foi de 0,045, indicando haver, nesse caso, associação entre as variáveis. Os resultados relativos à associação entre esses dois parâmetros aferidos na 3ª entrevistas estão apresentados na Tabela 39.

Tabela 39 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à adesão pelo método do autorrelato (Delgado e Lima), por faixa etária (anos) – 3ª Entrevista, CEMJA (Nov/2008 – Jan/ 20012).

			Adesão Autorrelato – 3ª entrevista		
			Não aderente	Aderente	Total
Faixa etária (em anos)	Até 29 anos	N	4	29	33
		% em relação a Faixa etária (em anos)	12,1%	87,9%	100,0%
		% em relação a Adesão Delgado e Lima – 3ª entrevista	80,0%	30,5%	33,0%
		<hr/>			
	De 30 a 39	N	0	35	35
		% em relação a Faixa etária (em anos)	0,0%	100,0%	100,0%
		% em relação a Adesão Delgado e Lima - 3a. entrevista	0,0%	36,8%	35,0%
		<hr/>			
	De 40 a 49	N	0	22	22
		% em relação a Faixa etária (em anos)	0,0%	100,0%	100,0%
		% em relação a Adesão Delgado e Lima - 3a. entrevista	0,0%	23,2%	22,0%
		<hr/>			
	50 ou mais	N	1	9	10
		% em relação a Faixa etária (em anos)	10,0%	90,0%	100,0%
		% em relação a Adesão Delgado e Lima - 3a. entrevista	20,0%	9,5%	10,0%
		<hr/>			
Total		N	5	95	100
		% em relação a Faixa etária (em anos)	5,0%	95,0%	100,0%

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

Em relação às demais variáveis sociodemográficas, foi analisado se havia a influência destas com a adesão, utilizando o método do autorrelato. O teste exato de Fisher indicou não haver associação entre estado civil e adesão (valor-p=0,367), o mesmo ocorrendo na 2ª entrevista (valor-p=0,417) e na 3ª entrevista (valor-p= 0,684). Em todas as categorias de escolaridade há um maior percentual de pacientes aderentes, com exceção da categoria “*sabe ler e escrever*”, com 50% de aderentes. Mas há apenas dois pacientes nessa categoria, tornando o percentual inapropriado para análise. O fato de haver muitas categorias de escolaridade faz com que haja células com frequências muito baixas, prejudicando a análise. O teste exato de Fisher para este caso indicou não haver associação entre escolaridade e o cumprimento da terapia medicamentosa (valor-p=0,494). Para ocupação (valor-p=0,304, 0,708 e 0,097) e renda (p=0,683; p=0,160; p=0,549) nas 1ª, 2ª e 3ª entrevistas, esse teste estatístico mostrou o mesmo comportamento.

Utilizando o segundo método para a aferição da adesão (registro de dispensação pela Farmácia) e sua relação com as variáveis sociodemográficas, o teste exato de Fisher indicou não haver associação entre a adesão e sexo (valor-p=0,354); faixa etária (valor-p (0,098); estado civil (valor-p=0,901); escolaridade (valor-p=0,317); ocupação (valor-p=0,180); e renda individual (valor-p=0,310).

Ainda no intuito de entender o conjunto de fatores e mecanismos que influenciam o processo de adesão, foram realizadas algumas questões dentro do bloco C relativo a este parâmetro. Ao serem questionados quanto à capacidade de administrarem sozinhos todos os seus medicamentos, 97% dos pacientes (n=97) responderam que não necessitavam de auxílio de outra pessoa/cuidador (Tabela 40) e apenas 33 entrevistados (33%; n=100) afirmaram utilizar alguma estratégia para facilitar a adesão (Tabela 41), sendo a utilização do toque do celular o mecanismo mais frequente utilizado para lembrar o momento de administração dos medicamentos em 25 casos (75,8%), seguido de ajuda/lembança do cuidador/familiar cinco casos (15,2%) e associação a horários de programas de televisão em dois casos (6,1%) (Gráfico 6). A maioria, 83% (n=83), relatou que tinham noção dos riscos do não cumprimento da terapia ARV (Tabela 42).

Tabela 40 – Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à capacidade de administrar os medicamentos, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Consegue administrar seus medicamentos?	N	%
Sim	97	97,0
Não	3	3,0
Total	100	100,0

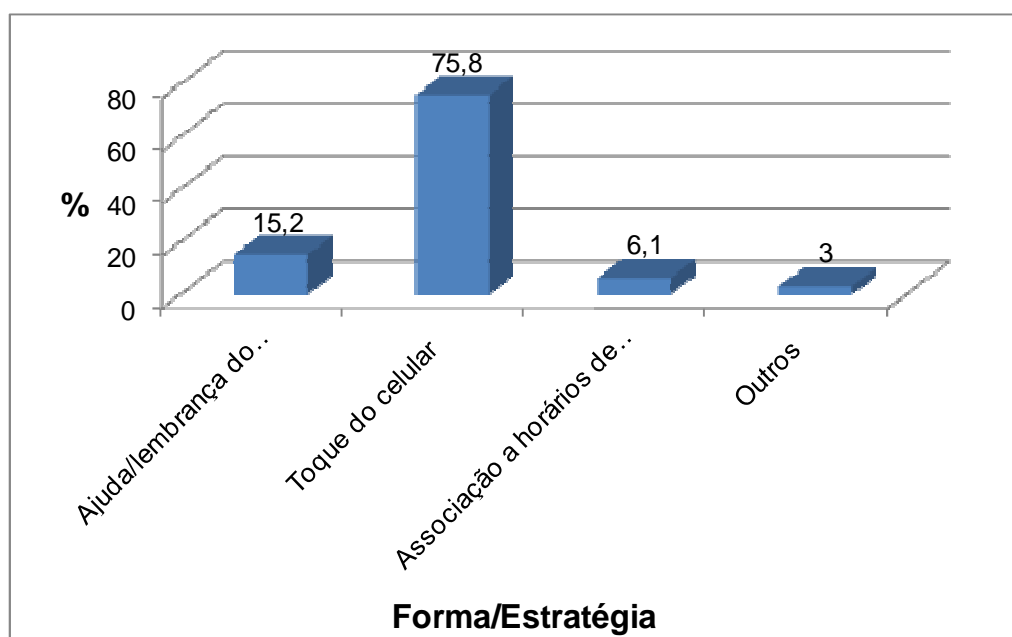
Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Tabela 41 – Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à existência de alguma estratégia utilizada para facilitar a adesão, CEMJA (Nov/2008 – Jan/ 2012).

Existe alguma forma utilizada pelo paciente para facilitar a adesão	N	%
Sim	33	33,0
Não	67	67,0
Total	100	100,0

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

Gráfico 6 – Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à estratégia para facilitar a adesão, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).



Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

Tabela 42 – Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto ao conhecimento do risco do não cumprimento da terapêutica, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Tem noção do risco não cumprimento TARV	N	%
Sim	83	83,0
Não	16	16,0
Não informa	1	1,0
Total	100	100,0

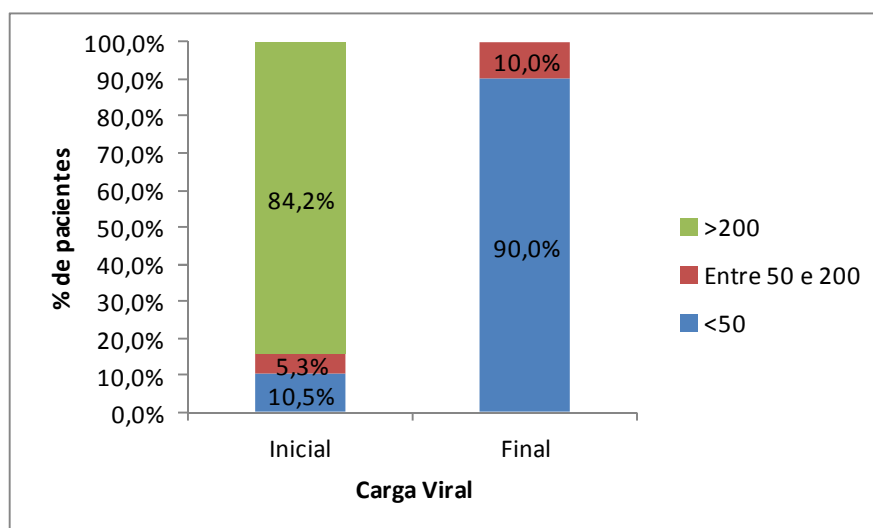
Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

5.3.2. Resultados da Atenção Farmacêutica: indicadores clínico-laboratoriais

A seguir, são apresentados os resultados referentes aos indicadores clínico-laboratoriais estratégicos para a definição e acompanhamento da terapia ARV para as pessoas vivendo com HIV/AIDS. O mapeamento do status virológico e leucocitário de cada indivíduo foi avaliado em relação à carga viral e ao número de linfócitos T CD4, respectivamente, no início e no final dos nove meses de acompanhamento. Foi considerado como instante inicial a medida associada ao tempo 1 (primeiro mês de AFT) e instante final a associada ao tempo 2 (última aferição). Caso não houvesse medida para o paciente neste último mês (9º), foi atribuída como medida no tempo final a do mês anterior (oitavo mês de AFT).

De acordo com os dados observados, encontrou-se uma redução média de 89,45% com desvio padrão de 0,28986 na carga viral dos pacientes em AFT. Das 100 PVHIV/AIDS, apenas 48 tinham exames de carga viral no início e final do AFT. A não realização pode ter sido ocasionada por diferentes motivos, tanto relacionadas ao SUS, como também fatores relacionados ao paciente. Dos que tinham acessibilizado os exames, 90% dos 48 verificados, tiveram cargas virais abaixo de 50 cópias/ml, índice almejado com uso da TARV (Gráfico 7).

Gráfico 7 - Percentual dos valores de carga viral inicial e final durante o acompanhamento farmacoterapêutico de PVHIV/AIDS, CEMJA (Nov-2008/Jan-2012).



Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

Para este parâmetro, observou-se uma estatística descritiva (Tabela 43) com valores de carga viral inicial (média = 63.838,71 cópias/ml; desvio padrão = 80.403,55 cópias/ml) e carga viral final (média=54 cópias/ml; desvio padrão=20,044 cópias/ml). Observa-se que a média da carga viral no tempo inicial é bem superior à média do tempo final, sendo o desvio padrão também bastante elevado no tempo inicial, ou seja, as medidas de carga viral no tempo final (carga viral=37,12%) são bem mais homogêneas e próximas à respectiva média que as do tempo inicial (carga viral=125,95%).

Realizando o teste t para comparar as médias da carga viral dos dois instantes de medida, obteve-se o valor da estatística $t=4,515$, com valor $-p < 0,001$, o que leva a inferir de que há diferença significativa entre os valores médios de carga viral inicial e final neste estudo de acompanhamento farmacoterapêutico das PVHIV/AIDS.

Tabela 43 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto às medidas descritivas de carga viral nos instantes inicial e final, CEMJA (Nov/2008 – Jan/ 2012).

Instante	N	Mínimo (cópias/ml)	Máximo (cópias/ml)	Média	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação (%)
Carga viral inicial	48	< 50	299268,00	63838,71	80403,55	125,95
Carga viral final	48	< 50	149,00	54,00	20,044	37,12

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

A Tabela 44 apresenta a análise resultante da relação entre o perfil de adesão de acordo com o método de registro de dispensação e os valores da carga viral encontrados. O valor médio da carga viral inicial é bastante superior ao valor médio da carga viral final e também com variabilidade em torno da média bem superior. A redução média na carga viral foi de 86,19% no grupo de pacientes não aderentes e de 90% no grupo de pacientes aderentes.

Quanto ao teste t, para comparar as cargas virais iniciais e finais, obteve-se para os pacientes aderentes valor da estatística $t=4,415$ com valor $-p < 0,001$, indicando haver diferença significativa entre as medidas. Para os pacientes não aderentes, o valor da estatística $t=2,388$, com valor $-p=0,048$, indicando haver diferença ao nível de 5% de significância. Ressalta-se que a

significância do teste está muito próxima ao nível de significância estabelecido, o que indica que a diferença entre as duas medidas para pacientes não aderentes não é tão forte. Ressalta-se que o número de pacientes não aderentes é pequeno, o que pode prejudicar a análise.

Tabela 44 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante AFT quanto às carga virais no início e fim somente para os pacientes onde constam as observações nos dois instantes, classificados como aderentes ou não aderentes, segundo o método de registro de dispensação de medicamentos, CEMJA (NOV/2008 – Jan/2012).

Classificação de adesão	Instante	Média cópias/ml	N	Desvio Padrão cópias/ml	Coefficiente de Variação (%)
Não aderente	Carga viral inicial	21873,00	18	25851,72	118,19
	Carga Viral final	49,13	18	0,35	0,71
Aderente	Carga viral inicial	79049,95	30	78005,14	98,68
	Carga Viral final	54,26	30	22,94	42,28

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

A Tabela 45 apresenta as medidas descritivas de carga viral para pacientes sintomáticos e assintomáticos. A classificação dos pacientes foi feita de acordo com a resposta à pergunta do bloco B6, nas quais há informações sobre os sinais e sintomas iniciais. Os pacientes para os quais foi identificado algum sintoma foram classificados como sintomáticos e os demais como assintomáticos. Os valores encontrados para os pacientes sintomáticos quanto à carga viral foram: média (início = 72715,12 cópias/ml; final = 57,77 cópias/ml); desvio padrão (início = 90701,27 cópias/ml; final = 26,33 cópias/ml). Tanto para pacientes sintomáticos e assintomáticos a carga viral média é maior no tempo inicial que no tempo final. A variabilidade em torno da média também é maior no tempo inicial.

O teste t para comparação das médias de carga viral de pacientes sintomáticos e assintomáticos produziu como valor da estatística para pacientes assintomáticos $t=2,725$ com valor $-p=0,018$ e, para pacientes sintomáticos, $t=3,654$ com valor $-p=0,003$. Em ambos os casos, a diferença entre as cargas virais médias é significativa.

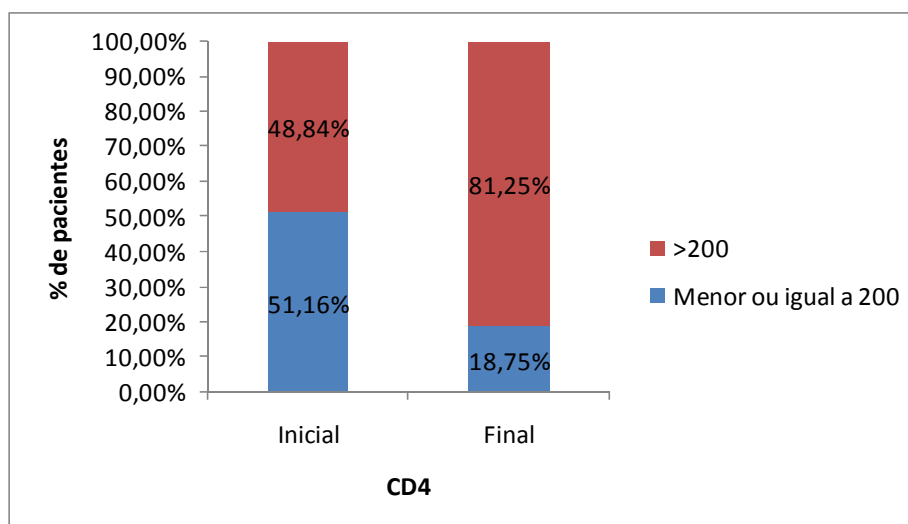
Tabela 45 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto às medidas descritivas de carga viral nos instantes inicial e final para os pacientes classificados como sintomáticos ou assintomáticos, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).

Classificação	Instante	N	Mínimo cópias/ ml	Máximo cópias/ml	Média cópias/ml	Desvio padrão cópias/ml	Coefficiente de variação (%)
Assintomático	Carga viral inicial	48	49,00	176229,00	48622,00	58735,32	120,80
	Carga viral final	48	49,00	50,00	49,08	0,27735	0,56
Sintomático	Carga viral inicial	48	49,00	299268,00	72715,12	90701,27	124,73
	Carga Viral final	48	49,00	149,00	57,77	26,33	45,58

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

Outro importante indicador clínico-laboratorial para o acompanhamento das pessoas vivendo com HIV/AIDS é a contagem dos linfócitos T CD 4+, uma vez que sinaliza uma resposta imunológica positiva do organismo e atua decisivamente na minimização da morbimortalidade desta doença quando os níveis encontram-se em normalização. Com relação a este parâmetro, de acordo com os dados observados (Gráfico 8), o linfócito CD4 inicial foi maior que 200 em 48,8% (n=43) dos pacientes para os quais havia a medida disponível, enquanto que o CD4 final foi maior que 200 em 81,3% (n=43) dos pacientes. Assim, notou-se um aumento considerável no número de leucócitos desta classe das PVHIV analisadas durante a realização do acompanhamento farmacoterapêutico, com um aumento médio de 124,14% e desvio padrão de 1,31756.

Gráfico 8 - Percentual dos valores de linfócitos T CD4+ inicial e final durante acompanhamento farmacoterapêutico de PVHIV/AIDS, CEMJA (Nov-2008/Jan-2012).



Fonte: Pesquisa direta, Centro de Especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

A estatística descritiva demonstrada na Tabela 46 ilustra valores de início (mínimo de 13 células/mm³; média = 204,88 e desvio padrão = 111,91 células /mm³) e no final (máximo de = 805 células/mm³; média = 384; e desvio padrão = 186,61 células /mm³). A média dos valores dos linfócitos T CD4+ no tempo inicial é inferior à média do tempo final. A variabilidade em torno da média tem valores próximos. No mesmo sentido, foi realizado também para variável linfócito CD4+ o teste-t Student com as duas amostras a partir dos coeficientes de variação diferentes nos dois tempos (início e no final do AFT), obteve-se o valor da estatística t= -6,496, com valor-p<0,001, indicando haver diferença significativa entre os valores médios desses estratégicos indicador clínico-laboratorial CD4.

Tabela 46 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto às medidas descritivas de CD4 nos instantes inicial e final, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Instante	N	Mínimo células /mm ³	Máximo células /mm ³	Média células /mm ³	Desvio Padrão células /mm ³	Coefficiente de Variação (%)
CD4 Inicial	43	13,00	593,00	204,88	111,91	54,62
CD4 Final	43	71,00	805,00	384,03	186,61	48,59

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

Assim como foi realizado para a carga viral, também se estudou o comportamento entre a adesão e o perfil dos valores médios dos linfócitos T CD4+. A partir do cruzamento desses dados, que só foi possível em 31 indivíduos acompanhados devido nem todos terem tanto todos os exames e realizado o processo de aferição da adesão, concomitantemente, este indicador apresentou-se maior no tempo final para as duas classes de pacientes os aderentes como também, os não aderentes, sendo a diferença maior nos primeiros (Tabela 47).

Assim, foi encontrado que para os pacientes não aderentes houve um aumento médio de 55,96% na taxa de CD4 enquanto que esse aumento foi de 148,94% para os pacientes aderentes, ressaltando a importância da adesão à TARV.

Para avaliar se esta diferença tinha significância estatística, foi realizado o teste t para comparação entre as médias. Nesse sentido, foi obtido como resultado um valor $t = -2,155$ com valor $-p = 0,068$ para pacientes não aderentes e $t = -6,438$ com valor $-p < 0,001$ para pacientes aderentes. Dessa forma, conclui-se que a diferença entre CD4 médio é significativa para pacientes aderentes. Aqui novamente ressalta-se que o número de pacientes não aderentes é pequeno, o que pode comprometer o resultado do teste.

Tabela 47 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto às medidas descritivas de CD4 nos instantes inicial e final para os pacientes aderentes e não aderentes segundo o método de dispensação de medicamentos, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Classificação de adesão	Instante	N	Mínimo células /mm ³	Máximo células /mm ³	Média células /mm ³	Desvio Padrão células /mm ³	Coefficiente de Variação (%)
Não aderente	CD4 Inicial	31	112,00	428,00	219,17	90,26	41,18
	CD4 Final	31	71,00	675,00	374,55	184,19	49,17
Aderente	CD4 Inicial	31	13,00	593,00	199,35	120,14	60,26
	CD4 Final	31	133,00	805,00	387,74	191,53	49,39

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

Como é conhecida a relação entre o nível de linfócitos T CD4 e o aparecimento de sintomas da infecção por HIV, com conseqüente quadro sindrômico da AIDS, buscou-se determinar a relação entre estes dois parâmetros de avaliação clínica que servem como uma das informações-chave na tomada de decisão pelo prescritor na sua avaliação e pelos demais profissionais no entendimento do quadro atual durante o acompanhamento de cada pessoa infectada. Observa-se que os valores médios de CD4 são maiores no tempo final tanto para pacientes sintomáticos quanto para assintomáticos, 346,84 e 438,38, respectivamente. Estes resultados são demonstrados na Tabela 48.

A análise estatística foi feita, na qual o teste t resultou em uma estatística $t = -4,222$ para pacientes assintomáticos com valor $-p = 0,001$. Para pacientes sintomáticos o valor da estatística foi $t = -4,885$, com valor $-p < 0,001$. Em ambos os casos o resultado do teste indica haver diferença significativa entre os valores médios de CD4 nos tempos inicial e final.

Tabela 48 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto às medidas descritivas de CD4 nos instantes inicial e final para os pacientes classificados como sintomáticos ou assintomáticos, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Classificação	Instante	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação (%)
Assintomático	CD4 I inicial	27	130,00	364,00	228,37	50,55	22,13
	CD4 final	27	71,00	805,00	438,38	199,95	45,61
Sintomático	CD4 inicial	27	13,00	593,00	190,96	134,97	70,67
	CD4 final	27	133,00	700,00	346,84	172,41	49,70

Fonte: Pesquisa direta, Centro de Especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

5.3.3. Resultados da Atenção Farmacêutica: Indicadores Humanísticos

5.3.3.1. Análise da percepção das PVHIV quanto à satisfação da TARV e seu impacto na dinâmica de vida

Com relação aos resultados do bloco D da FAFT, que abordava outras informações relevantes dentro do contexto da utilização dos medicamentos, em especial, dos antirretrovirais, para que em conjunto com os dados coletados no processo de aferição da adesão, forma-se um arcabouço de dados que subsidiasse tecnicamente o farmacêutico na atuação do cuidado farmacêutico direcionado às necessidades específicas de cada pessoa vivendo com HIV/AIDS (PVHIV/AIDS), entendendo melhor seus elos e signos da tríade saúde-doença-tratamento. Quando questionados sobre o grau de interferência dos medicamentos ARV na rotina de vida, cerca de 40 entrevistados mostraram algum grau de interferência da farmacoterapia para o HIV, sendo 11 destes terem relatado ser “*muito*” (11,0%, n=100) e “*um pouco*” por 29 pacientes (29,0%, n=100), esses resultados estão apresentados na Tabela 49 que segue.

Tabela 49 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à influência do medicamento na rotina de vida, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Tomar o medicamento antirretroviral prescrito afeta a sua rotina de vida?	N	%
Não afeta	57	57,0
Um pouco	29	29,0
Muito	11	11,0
Não informou	3	3,0
Total	100	100,0

Fonte: Pesquisa direta, Centro de Especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

A Tabela 50 revela os motivos mais frequentes pelos quais a TARV afeta a rotina das PVHIV/AIDS. Notou-se que as reações adversas e os esquemas terapêuticos muito complexos foram os mais citados pelos indivíduos acompanhados neste estudo, ambos com 16 observações (40,0%; n=40). O segundo motivo mais comentado foi por atrapalhar a vida social e/ou o trabalho das PVHIV/AIDS, relatado em seis ocasiões (12,5%; n=40) e um entrevistado notificou que a TARV afeta sua rotina devido a ter que deixar de beber (2,5%; n=40), frequência semelhante justificada por um outro que revelou ter interferido devido à falta de apetite.

Tabela 50 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto aos motivos que levam à tomada de medicamentos a afetar a rotina do paciente, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Por que afeta?	N	%
Esquemas terapêuticos complexos	16	40,0
Reações adversas aos antirretrovirais	16	40,0
Atrapalha vida social/trabalho	6	12,5
Devido à falta de apetite	1	2,5
Parou de beber	1	2,5
Total	40	100,0

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012 .

Quanto ao conhecimento sobre os possíveis problemas de tomar os medicamentos ARV com outros medicamentos e/ou alimentos, 65 entrevistados (65,0%, n=100) referiram não saber informar sobre essas possíveis interações e 22 avaliados (22,0%, n=100) responderam que “sim”, descrevendo alguma informação sobre este aspecto (Tabela 51).

Tabela 51 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à capacidade de informar os possíveis problemas de tomar o medicamento junto com outros medicamentos/alimentos, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Poderia dizer quais os possíveis problemas de tomar junto com outro(s) medicamento(s) e/ou alimento?	N	%
Não sabe informar	65	65,0
Sim	22	22,0
Não informa	13	13,0
Total	100	100,0

Fonte: Pesquisa direta, Centro de Especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

Ao responder que tinham algum conhecimento sobre potenciais interações entre os ARV com outros medicamentos e/ou alimentos, era solicitado que o entrevistado especificasse que tipo de preocupação teria neste sentido. Dentre os 22 que afirmaram saber ou se preocupar com a questão citada, a mais referida foi quanto às interações entre os medicamentos com nove relatos (40,9%), seguida da preocupação com a segurança explicitada através do temor quanto as reações adversas dos antirretrovirais em seis casos (27,3%) e, por fim, a preocupação com a efetividade do tratamento antirretroviral em cinco ocasiões (22,7%). A distribuição destas respostas estão sumarizadas na Tabela 52.

Tabela 52 – Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto aos possíveis problemas de tomar o medicamento junto com outros medicamentos/alimentos, CEMJA (NOV/2008 – Jan/2012).

Problemas	N	%
Preocupação Interações Medicamentosas	9	40,9
Preocupação com Reações Adversas aos Medicamentos	6	27,3
Preocupação com Efetividade do tratamento	5	22,7
Não Informa	2	9,1
Total	22	100,0

Fonte: Pesquisa direta, Centro de Especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

Em relação às dificuldades de acesso aos medicamentos ARV, a maioria dos entrevistados, 63 (63%, n=100), referiram não ter este tipo de empecilho. No entanto, um total de 37 pacientes (37,0%) referiram ter muita (9,0%) e 28 (28,0%) referiram ter pouca de dificuldade, sendo a dificuldade financeira para o transporte o motivo mais citado pelas PVHIV/AIDS em 20 relatos (54,1%), seguido da indisponibilidade de tempo devido ao trabalho 13 casos (35,1%), medo de ser reconhecido três ocasiões (8,1%) e um indivíduo que falou ter tido dificuldade devido ao seu estado de saúde debilitado (2,7%) (tabelas 53 e 54).

Tabela 53 – Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à dificuldade em buscar o medicamento, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Possui alguma dificuldade em ir buscar o medicamento antirretroviral?	N	%
Não tem dificuldade	63	63,0
Pouca	28	28,0
Muito	9	9,0
Total	100	100,0

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

Tabela 54 – Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto às dificuldades em buscar o medicamento, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Dificuldade	N	%
Não ter dinheiro para o transporte	20	54,1
Indisponibilidade tempo devido ao trabalho	13	35,1
Medo de ser reconhecido	03	8,1
Devido ao estado de saúde/debilitado	01	2,7
Total	37	100,0

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

Os medicamentos ARV necessitam de condições de armazenamento adequadas, alguns são termolábeis e, assim, necessitam obrigatoriamente ser acondicionados em geladeira de maneira apropriada durante toda a utilização dos mesmos. Quanto ao local de armazenamento dos ARV, o local mais citado foi o quarto, por 30 PVHIV/AIDS (67,0%), seguido pela cozinha 23 (23,0%) e sala (9,0%; n=09) e um paciente citou o armazenamento no banheiro (1,0%) (Tabela 55).

Tabela 55 – Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto ao local de armazenamento dos remédios, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Onde armazena os medicamentos?	N	%
Quarto	67	67,0
Cozinha	23	23,0
Sala	9	9,0
Banheiro	1	1,0
Total	100	100,0

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

A perspectiva do autocuidado em relação à TARV, também foi abordada, no sentido de conhecer com quem estava a atribuição da responsabilidade pela administração dos medicamentos. Uma vez questionados sob esta tarefa, verificou-se que a mesma era desempenhada pela grande maioria dos entrevistados, 85 (85,0%), de forma exclusiva; por estes e seus familiares, concomitantemente (15,6%, n=45); quatro tinham seus antirretrovirais e demais medicamentos relacionados à infecção pelo HIV administrados unicamente pelos familiares (4,0%, n=4) e apenas um recebia a farmacoterapia pelo profissionais de saúde que atuava como cuidador (1,0%, n=1) (Tabela 56).

Tabela 56 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto às pessoas responsáveis pela administração do medicamento, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Quem é, habitualmente, a pessoa responsável pela administração do medicamento?	N	%
Paciente	85	85,0
Paciente e familiares	10	10,0
Familiares	4	4,0
Profissionais de saúde/cuidadora	1	1,0
Total	100	100,0

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

O apoio da família é reconhecidamente um fator decisivo como suporte motivacional e alicerce humanístico para que não as PVHIV/AIDS não se sintam rejeitadas e marginalizadas dentro do próprio seio familiar. Essa perspectiva foi avaliada e uma parte considerável, cerca de 60 PVHIV/AIDS afirmaram ter o apoio da família para o tratamento, e conseqüentemente, na infecção, sendo destes 29 (29,0%) de forma parcial e 31 (31,0%) eram totalmente apoiado pelos familiares. A ausência de apoio foi citada por 39 entrevistados (39,0%) (Tabela 57).

Tabela 57 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto ao apoio da família para realizar o tratamento, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Possui apoio da sua família para realizar o tratamento?	N	%
Não	39	39,0
Sim, totalmente	31	31,0
Sim, parcialmente	29	29,0
Não sabe dizer	1	1,0
Total	100	100,0

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

5.3.4. RESULTADOS DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA: *Indicadores Humanísticos*

5.3.4.1. Análise da Satisfação do usuário vivendo com HIV/AIDS em relação à assistência prestada pela equipe multidisciplinar quanto às orientações à TARV; ao Serviço de Cuidado Farmacêutico e ao profissional farmacêutico.

A aplicação de estratégias que visam a análise da satisfação dos usuários, no âmbito dos Serviços de Saúde, já é uma prática bastante consolidada no mundo e vem se ampliando cada vez mais no Brasil nas últimas décadas. A execução das ações de avaliação em que se busca auscultar a percepção do verdadeiro cliente: o usuário do sistema, para o qual todos os esforços deverão estar direcionados, torna-se uma etapa essencial no planejamento de estratégias voltadas para a garantia da qualidade da atenção à saúde. Isso se torna mais contundente em um público-alvo como as pessoas infectadas pelo HIV. Assim, os resultados dos blocos E, F e G que têm um foco nos indicadores humanísticos da AF, aplicados por outros profissionais do SAE/CEMJA, apontam para a satisfação dos pacientes em diferentes aspectos e para a sua a qualidade de vida.

A satisfação do paciente em relação à TARV sua efetividade, segurança e a orientação prestada pela equipe multidisciplinar foram exploradas neste bloco. A satisfação com os medicamentos e a presença de efeito terapêutico foi relatada afirmativamente por praticamente todos os entrevistados (97), sendo de forma total por 88 desses (88,0%, n=100) e de forma parcial

por nove dos desses (9,0%, n=100). O motivo da parcialidade deve-se à ocorrência de reações adversas em todos os casos, com relatos seguintes, por exemplo: “*não sentia nada antes, mas agora sinto refluxo*”; “*só não gosto dos efeitos colaterais*”; “*sinto muitas náuseas, acho que é dos remédios do HIV*”. A insatisfação foi relatada por três usuários (3,0%) (Tabela 58).

Tabela 58 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à satisfação da terapia antirretroviral, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Está satisfeito com a terapia antirretroviral?	N	%
Sim, totalmente	88	88,0
Sim, parcialmente	9	9,0
Não	3	3,0
Total	100	100,0

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

A satisfação com o atendimento no serviço de farmácia do CEMJA, como um todo, foi citada como “sim, totalmente” por todos os participantes do estudo (100%, n=100) (Tabela 59). Quanto à confiança na equipe multidisciplinar que realizou o atendimento no SAE, mais uma vez, todos os entrevistados responderam afirmativamente, sendo de forma total para 96 (96,0%) e de forma parcial para quatro dos participantes (04,0%) (Tabela 60).

Tabela 59 - Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à satisfação com o atendimento no Serviço de Farmácia, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Resposta	N	%
Sim, totalmente	100	100
Sim, parcialmente	0	-
Não	0	-
Total	100	100

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

Tabela 60 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à confiança na equipe multidisciplinar, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Tem confiança na equipe que fez o atendimento?	N	%
Sim, totalmente	96	96,0
Sim, parcialmente	4	4,0
Total	100	100,0

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

A compreensão correta e completa do motivo pelo qual está sendo necessária a administração de um medicamento é uma etapa-chave para alcançar o sucesso clínico. Quando nestas situações o papel da adesão toma uma magnitude ainda maior, como no caso das PVHIV/AIDS, torna-se fundamental identificar se o usuário recebeu as orientações adequadas quanto a este aspecto. A Tabela 61 revela que o recebimento de informações sobre a finalidade do medicamento foi confirmado por quase todos os entrevistados, 97 (97,0%, n=100), em AFT. Tais informações foram transmitidas em sua grande maioria pelos profissionais médicos e farmacêuticos, 67 (69,1%), seguido pelo farmacêutico em 14 ocasiões (14,4%) e pelo médico com 16 orientações (16,5%) e cerca de 95 PVHIV/AIDS se mostraram satisfeitas com a informação, sendo que a satisfação foi total para 93 dos avaliados (93,0%) e parcial para dois pacientes (2,0%) (tabelas 62 e 63).

Tabela 61 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto aos pacientes quanto à informação sobre a finalidade do medicamento, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Foi informado sobre a finalidade do medicamento?	N	%
Sim	97	97,0
Não	3	1,0
Total	100	100,0

Fonte: Pesquisa direta, Centro de Especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

Tabela 62 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto a quem informou a finalidade do medicamento, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Caso a resposta seja sim: Quem informou a finalidade?	N	% Válido
Farmacêutico	14	14,4
Médico	16	16,5
Médico-Farmacêutico	67	69,1
Total	97	100,0

Fonte: Pesquisa direta, Centro de Especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

Tabela 63 - Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à satisfação com a informação da finalidade do medicamento, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

E ficou satisfeito?	N	%
Sim, totalmente	93	93,0
Sim, parcialmente	2	2,0
Não	2	2,0
Total	97	100,0

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

Quanto às informações sobre a segurança da TARV e às possíveis reações adversas indesejáveis, foram apenas três (3,0%) os entrevistados que afirmaram não terem sido informados sobre este importante aspecto da farmacoterapia e que impacta de sobremaneira na adesão. Tais informações foram, preponderantemente, advindas da atuação do médico e do farmacêutico em 60 oportunidades de orientar para potenciais reações adversas (61,9%) sendo transmitidas por mais de um profissional para estes pacientes (tabelas 64 e 65). A grande maioria (97) das PVHIV/AIDS ficou totalmente satisfeita com as orientações prestadas (97,0%) (Tabela 66).

Tabela 64 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto às possíveis reações adversas do medicamento, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Foi informado sobre possíveis reações adversas (indesejáveis) do medicamento?	N	%
Sim	97	97,0
Não	3	3,0
Total	100	100,0

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Tabela 65 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto a quem informou sobre as possíveis reações adversas à terapia antirretroviral, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Caso a resposta seja sim: Quem informou os possíveis efeitos?	N	% Válido
Farmacêutico	19	19,6
Médico	16	16,5
Médico Enfermeiro	1	1,0
Médico Enfermeiro Farmacêutico	1	1,0
Médico-Farmacêutico	60	61,9
Total	97	100,0

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

Tabela 66 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à satisfação com a informação de possíveis efeitos adversos, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

E o(a) Sr.(a.) ficou satisfeito?	N	%
Sim, totalmente	97	97,0
Sim, parcialmente	1	1,0
Não	1	1,0
Não sabe informar	1	1,0
Total	100	100,0

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

Ainda permeando a questão da satisfação do usuário quanto às informações sobre a TARV, no âmbito da segurança e efetividade, foi questionado aos pacientes o conhecimento sobre os possíveis problemas de tomar os medicamentos junto com outros medicamentos e/ou alimentos. Um total de dois terços dos entrevistados, 75 (75,0%), foram assertivos no fato de terem sido orientados neste aspecto. No entanto, cabe ressaltar que 25% (n=25) relataram não ter recebido informações sobre as interações entre os antirretrovirais e/ou outros medicamentos, bem como com alimentos (Tabela 67).

Dos participantes que receberam as informações (n=75), 72 mostraram-se totalmente satisfeitos (96,0%, n=75) e dois mostraram-se parcialmente satisfeitos (2,7%, n=75). Quanto à procedência das informações, a multidisciplinaridade mais uma vez se configurou como a mais incidente uma vez que, dos avaliados, 42 pacientes relataram receber informações tanto do farmacêutico como do médico (56,0%, n=75) (tabelas 68 e 69).

Tabela 67 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto a possíveis problemas de tomar junto com outros medicamentos e/ou alimentos, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Foi informado sobre possíveis problemas de tomar junto com outros medicamentos e/ou alimentos?	N	%
Sim	75	75,0
Não	25	25,0
Total	100	100,0

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

Tabela 68 - Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto à informação sobre possíveis problemas de tomar junto com outros medicamentos e/ou alimentos, CEMJA (NOV/2008 – Jan/2012).

E o(a) Sr.(a.) ficou satisfeito?	N	% Válido
Sim, totalmente	72	96,0
Sim, parcialmente	2	2,7
Não	1	1,3
Total	75	100,0

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

Tabela 69 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto a quem informou sobre possíveis problemas de tomar junto com outros medicamentos e/ou alimentos, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Caso a resposta seja sim: Quem informou esses problemas?	N	% Válido
Farmacêutico	16	21,3
Médico	15	20,0
Médico- Farmacêutico	42	56,0
Médico Farmacêutico Enfermeiro	02	2,7
Total	75	100,0

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

O recebimento das instruções sobre o local adequado para armazenar os ARV foi confirmado por 90 pacientes (90,0%), os quais se mostraram totalmente satisfeitos em sua maioria (72%). Tais instruções, de acordo com as respostas dos entrevistados, foram transmitidas pelo farmacêutico em 57 dos casos (63,0%, n=90) e pelo médico em 33 (37,0%, n=58), em seguida.

5.3.5. Resultados da Atenção Farmacêutica: Indicadores Humanísticos

5.3.5.1. Análise da percepção das PVHIV quanto à satisfação quanto ao Serviço de Cuidado Farmacêutico e ao profissional de Farmácia que o executou.

O bloco F buscava aferir, especificamente, a visão das PVHIV/AIDS em relação à atuação do farmacêutico na execução das atividades clínicas da AF. Para tanto, foi inserida na FAFT, um questionário de avaliação dos serviços farmacêuticos estruturado e validado na língua inglesa e posteriormente vertido para o português e também validado para utilização em nosso país. Este instrumento é multidimensional, avaliando quatro domínios referentes à: qualidade da orientação, consideração do farmacêutico com o paciente, competência profissional e manejo da farmacoterapia, bem como, à satisfação geral com o programa de AF. Utilizava a escala de Likert que varia de sempre a nunca e foi aplicado sempre ao final do AFT pela assistente social do

CEMJA para que o entrevistado tivesse mais liberdade nas respostas e não se intimidasse, caso fosse realizado pelo próprio farmacêutico.

A Tabela 70 mostra os resultados da satisfação do grupo de PVHIV/AIDS com relação ao farmacêutico que prestou o cuidado. Em todos os domínios, a satisfação dos acompanhados em relação a esse profissional e com o programa apresentou altos escores.

No domínio da qualidade da orientação (questões 3, 4, 6 e 11), a maioria dos pacientes considerou alta a acessibilidade do farmacêutico e responderam “sempre” em 98% (n=98) das ocasiões sobre este profissional fazer o aconselhamento do uso adequado dos medicamentos quando havia alguma dúvida. Para tornar as orientações mais acessíveis e facilitar a compreensão dos pacientes, foram empregadas diversas estratégias e habilidades de comunicação de acordo com o perfil de cada indivíduo e as suas características para que houvesse uma melhor relação na interação entre farmacêutico - PVHIV/AIDS. Daí, um elevado índice de compreensão por parte daqueles que estavam sendo acompanhados, o que pode ser visualizado na resposta da questão quatro com um percentual de 100% (n=100) de satisfação. As percepções da fácil acessibilidade do farmacêutico e a utilização de estratégias de orientação de fácil entendimento foram espontaneamente relatadas pelos entrevistados:

✓ ACESSO E FÁCIL COMUNICAÇÃO:

“Às vezes eu tenho dúvidas que a médica não resolve por não ter falado tudo. Eu falo com as meninas.”. (TRL, mulher, 32 anos);

“Bom. “Boa explicação, tira dúvidas” (JRS, homem, 29 anos);

“Deixa tudo esclarecido, não havendo dúvidas de como tomar os medicamentos” (MLN, homem, 39 anos);

“É um grande aliado no processo terapêutico, pois sana todas as minhas dúvidas e sempre encontro facilmente a qualquer dia” (MLN, mulher, 37 anos);

“Influencia muito, pois orienta sobre os medicamentos muito bem” (TMS, mulher, 44 anos)

✓ ESCUTA ATIVA E DEMONSTRAÇÃO DE INTERESSE:

“Me ouviu com calma, esclareceu e me orientou. São atenciosas, competentes, me informando tudo direitinho (PLT, mulher, 27 anos);

“Parou e me explicou como realmente eu precisava entender naquele começo, ela se preocupava se eu tomava os remédios e isso era muito importante para mim, pois me sentia cuidada por alguém, sentia falta daquilo em casa” (KPF, homem, 24 anos).

Na questão 11, apenas quatro (4%) entrevistados relataram alguma dificuldade de entender as orientações do farmacêutico do Serviço de HIV/AIDS, talvez pela baixa escolaridade, características do nível sociocultural e da faixa etária.

TABELA 70 — Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto aos que responderam à alternativa “sempre”, segundo a avaliação da satisfação dos cuidados prestados pelo farmacêutico, no programa de Atenção Farmacêutica, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Itens	Nº	%
1. O farmacêutico fica com o(a) sr(a) tanto tempo quanto necessário.	97	97,0
2. O farmacêutico explica os possíveis efeitos colaterais que um novo medicamento pode causar ao(a) sr(a).	91	91,0
3. Se o(a) sr(a) tem alguma dúvida sobre sua prescrição, existe sempre um farmacêutico disponível para lhe orientar.	98	98,0
4. O farmacêutico sabe explicar as coisas de um modo que o(a) sr(a) entenda.	100	100,0
5. O farmacêutico não é tão detalhista quanto poderia ser.	5	5,0
6. O farmacêutico confirma se o(a) sr(a) entendeu como tomar os medicamentos?	97	97,0
7. O farmacêutico às vezes não fica tempo suficiente com o(a) sr(a)?	13	13,0
8. O farmacêutico é amigável com o(a) sr(a)?	100	100,0
9. O farmacêutico é um profissional competente?	98	98,0
10. O(a) sr(a) tem que esperar muito tempo antes que consiga ser atendido pelo farmacêutico?	6	6,0
11. O(a) sr(a) tem dificuldade de entender o farmacêutico explica?	4	4,0
12. O farmacêutico se interessa sinceramente pelo sr(a), como pessoa?	96	100,0
13. Há muitas distrações (na sala de AF) que fazem com que o sr(a) não receba um bom atendimento?	2	2,0
14. O(a) sr(a) está satisfeito com o atendimento que está recebendo do farmacêutico?	98	98,0

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

Adaptado: Questionário de avaliação dos serviços farmacêuticos prestados em 100 pessoas vivendo com HIV/AIDS foi aplicado no final do acompanhamento farmacoterapêutico, realizado no CEMJA, Novembro de 2008 a Janeiro de 2012.

Com relação ao domínio de consideração com o paciente (questões 1,7,8,10 e 12), os entrevistados afirmaram que o farmacêutico disponibiliza um tempo adequado em 97% (n=100) dos casos e foi “sempre” amigável e interessado em sua melhora clínica e na qualidade de vida para a totalidade das PVHIV/AIDS em acompanhamento. A alta satisfação dos pacientes denota que os princípios filosóficos da AF estão presentes neste caso, pois além da vivência operacional do serviço nota-se um vínculo emocional com o farmacêutico, que fortalece a relação terapêutica e pode favorecer na taxa de adesão:

✓ CONSIDERAÇÃO COM AS PVHIV/AIDS:

“É bom né, porque se não fosse o farmacêutico como é que a gente ia saber tomar os medicamentos? Não falto a nenhuma consulta e não deixo de pegar meus remédios” (NAFS, mulher, 38 anos).

“É de extrema importância, principalmente no período de adaptação, se não fosse a motivação da farmacêutica e o que ela me repassava, eu não teria feito o tratamento direito, elas são amigas, criam laços” (CFR, homem, 23 anos).

Nas questões 1 e 7, a maioria dos entrevistados considerou o tempo com o farmacêutico adequado, apesar de 13 destes nesta última questão, não ter considerado dessa forma, sendo necessário um maior tempo. Como o presente trabalho tem um foco operacional de análise de implantação de Serviço de Atenção Farmacêutica, foi mensurado do tempo de atendimento para um melhor dimensionamento de escala e planejamento do quantitativo a ser possível absorver. No tempo médio do primeiro atendimento devido à necessidade de preenchimento de mais blocos da FAFT, obteve-se uma duração média de $40 \pm 19,0$ minutos, as demais ficaram em torno de 20 minutos com variação de $\pm 10,0$ minutos, tendo sido suficiente para receber as orientações adequadas. A Tabela 71 detalha os tempos dispensados nas consultas farmacêuticas por cada bloco da FAFT durante os nove meses do acompanhamento farmacoterapêutico das PVHIV/AIDS no CEMJA.

Tabela 71 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto aos tempos dispensados nas consultas farmacêuticas durante os nove meses do acompanhamento, CEMJA (Nov-2008/Jan-2012).

Blocos	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Bloco A	3	20	7,77	3,550
Bloco B	3	38	14,04	7,039
Bloco C - 1 ^a . entrevista	2	19	5,11	3,123
Bloco C - 2 ^a . entrevista	1	20	4,40	2,670
Bloco C - 3 ^a . entrevista	1	13	4,17	2,514
Bloco D	1	07	3,67	1,874
Bloco E	1	14	9,84	5,397
Bloco F	3	18	13,18	7,495
Bloco G	4	19	15,67	6,326

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

Em relação aos domínios de competência profissional e ao manejo da farmacoterapia (questões 2, 5, 9 e 13), foi observado um grande ênfase na preocupação que o farmacêutico tinha em explicar as possíveis reações adversas à TARV, tão comum e um dos principais temores dos que estão infectados e vão iniciar o tratamento, prevenindo riscos dos PRM, passando confiança e credibilidade nas informações, mas ao mesmo tempo tentando manter uma relação humanizada e nivelada à ambiência mais próxima de cada PVHIV/AIDS. Assim, foram altas as porcentagens desses parâmetros quando visualizamos a Tabela 72. Algumas falas dos entrevistados ressaltam que os mesmos consideraram o farmacêutico competente (98%; n=98).

✓ COMPETÊNCIA PROFISSIONAL E O MANEJO DA FARMACOTERAPIA:

“Antes eu não tinha a noção real da importância que papel do farmacêutico tem para os pacientes. Principalmente para os mais necessitados, eu recebi o atendimento que nunca tive, elas são muito atenciosas e competentes, até ligavam para mim quando atrasava em vir buscar meu remédio. Me sentia importante. A farmacêutica me fazia perguntas que me deixava responsável para os remédios e com isso eu sabia que era também minha a vitória sobre a doença. Essa atuação da Farmácia era para ser em todo lugar. Eu me sinto realmente bem tratada.” (MNP, mulher, 35 anos).

“Muito importante porque ele se interessa por mim, me explicando os efeitos colaterais, os remédios que eu não posso tomar junto, o tratamento é difícil porque tenho muitas reações, mas com a ajuda da farmacêutica que é muito boa, eu estou conseguindo.” (TLS, mulher, 35 anos).

“Eu não entendi muito bem na hora que o médico me explicou porque estava muito nervoso, era muito nome difícil e muita coisa numa hora só. A farmacêutica era tão simples na explicação e era muito competente que eu entendi mais daquele tratamento muito cheio de coisas. Tenho outros colegas com HIV e eles deveriam também ser atendidos por farmacêuticos. Se todo paciente fossem acompanhado pelo farmacêutico, as pessoas se cuidavam.” (VTJ, homem, 39 anos).

Ao final, a questão 14 perguntou qual a satisfação geral com o programa AF e 98% (n=98) dos avaliados afirmaram estar sempre satisfeitos com o Serviço clínico de cuidado prestado pelo farmacêutico, neste estudo, no CEMJA. As questões finais do instrumento eram abertas e abordavam sobre o significado do farmacêutico para o entrevistado e sua saúde, e ainda, qual importância em ter participado do programa de AF, eis algumas citações:

- ❖ *"É muito bom receber os esclarecimentos e tirar as dúvidas sobre os medicamentos e os efeitos colaterais".*
- ❖ *"Ele esclarece e às vezes a médica tem tanta gente para atender que a consulta fica rápida demais e não tiro as dúvidas com minha médica e o farmacêutico é quem tira as dúvidas, pois tenho mais tempo".*
- ❖ *"Sinto-me bem em conversar com ele, me dá segurança e confiança para me tratar."*
- ❖ *"É um anjo, meu grande aliado contra a maldição dessa doença, me sinto muito deprimido, mas quando venho aqui no CEMJA, eu meloro; as farmacêuticas são minhas confidentes, falo coisas para elas que não falo para ninguém. Sinto-me amigo delas.*
- ❖ *"Para mim, eu fico satisfeito em vir para esses encontros com a farmacêutica, porque vamos ter uma atenção, respeito e as dúvidas de tudo, é muito importante que a gente receba esse tratamento. Todos deveriam ser assim."*
- ❖ *"O farmacêutico é para orientar a posologia e a forma de como tomar o remédio e ajuda na nossa saúde de como viver bem. É importante você ter um farmacêutico."*
- ❖ *"Tem um papel fundamental para o meu bem estar físico, pois é ele quem acompanha, orienta e entrega a medicação. Acho fundamental esse contato."*
- ❖ *"Intermediador para ajudar nos esclarecimentos do médico. Esse acompanhamento do farmacêutico era para ser em todos os lugares."*
- ❖ *"Achei interessante pelo acompanhamento ao paciente, não apenas pelo uso do medicamento".*
- ❖ *"Chegou em uma boa hora esse atendimento também pela farmacêutica, é um ponto de apoio principalmente quando sinto depressão e quero abandonar o tratamento"*

- ❖ *“Achei bom esse acompanhamento e assim a gente não cai no esquecimento sobre o tratamento, fica todo mês sendo lembrado, até sinto falta.”*
- ❖ *“Não é só receber medicação, mas receber informação e com isso faço o tratamento melhor. Não sabia como farmacêutico tinha essa função tão importante. Só quero ser atendido por farmacêutico.”*
- ❖ *“É a melhor coisa para mim, estava deprimida e ela foi mandada por Deus, me deu orientações dos remédios que me causavam mal e melhorou minha qualidade de vida.”*
- ❖ *“Significa tudo, pois encontrei uma amiga, que me escuta, não era ouvido nem cuidado por ninguém, estava sem tratar, se não tivesse participando estaria no cemitério, cheguei a pesar 43 kg e agora peso 66kg. Se não tivesse o apoio da médica e principalmente as minhas conversas e explicações com a farmacêutica para saber como lidar com as dificuldades da doença e do meu jeito que vivo, não sei como estaria minha saúde. Hoje sou outra pessoa.”*

5.3.6. Resultados da Atenção Farmacêutica: Indicadores Humanísticos

5.3.6.1. Análise da qualidade de vida das PVHIV em AFT.

O último bloco da FAFT deste estudo foi destinado aos indicadores humanísticos relativos à qualidade de vida . Esta foi aferida através do instrumento genérico chamado SF-36 que se propõe a mensurar a qualidade de vida de maneira objetiva por meio de questionários contendo perguntas objetivas que apresentam a capacidade de detectar pequenas mudanças, confiabilidade e propriedades validadas.

Neste trabalho, este bloco foi aplicado no início do AFT e ao término do 9º mês para analisar se houve alguma mudança do padrão da qualidade de vida das PVHIV/AIDS acompanhadas. Também foi realizada a análise dos dados separando-se os pacientes

assintomáticos dos sintomáticos, pois hipotetizava-se que haveria diferença entre os domínios humanísticos de qualidade de vida nos dois tipos de soropositivos com HIV.

A Tabela 72 demonstra que entre os assintomáticos os resultados das médias encontradas após a finalização do AFT foram superiores na maioria dos domínios. Apenas o domínio “Aspectos Sociais” apresentou valores praticamente equivalentes. Quando analisados somente os dados dos questionários respondidos por pacientes sintomáticos, foi observado que, para todos os domínios, os valores médios ao final do processo de cuidado farmacêutico foram superiores aos do 1º momento.

Tabela 72: Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto aos valores de médias e desvios padrão obtidos para os domínios dos questionários SF-36 aplicados no 1º(início) e 9º encontro (final) do acompanhamento farmacêutico de pessoas vivendo com HIV/AIDS sintomáticas e assintomáticas (n=100), CEMJA (Nov-2008/Jan-2012).

Paciente	Aspectos de qualidade de vida	N	Média	Desvio Padrão	
Assintomático	Capacidade funcional antes	33	80,45	29,003	
	Capacidade funcional depois	33	89,09	22,654	
	Limitação por aspectos físicos antes	33	74,24	42,152	
	Limitação por aspectos físicos depois	33	85,61	34,816	
	Dor antes	33	76,12	26,923	
	Dor depois	33	86,58	26,351	
	Estado geral de saúde antes	33	66,27	25,266	
	Estado geral de saúde depois	33	74,33	23,599	
	Vitalidade antes	33	63,45	23,936	
	Vitalidade depois	33	71,88	18,190	
	Aspectos sociais antes	33	83,33	25,130	
	Aspectos sociais depois	33	83,84	22,093	
	Limitação por aspectos emocionais antes	33	61,62	47,231	
	Limitação por aspectos emocionais depois	33	78,78	38,929	
	Saúde mental antes	33	62,91	23,330	
	Saúde mental depois	33	71,52	21,743	
	Sintomático	Capacidade funcional antes	67	74,33	27,919
		Capacidade funcional depois	67	87,91	18,240
Limitação por aspectos físicos antes		67	49,25	47,667	
Limitação por aspectos físicos depois		67	75,75	38,428	

	Dor antes	67	67,31	30,726
	Dor depois	67	77,67	29,014
	Estado geral de saúde antes	67	55,78	28,089
	Estado geral de saúde depois	67	73,54	25,058
	Vitalidade antes	67	56,28	24,331
	Vitalidade depois	67	70,64	19,382
	Aspectos sociais antes	67	69,59	34,489
	Aspectos sociais depois	67	84,70	21,740
	Limitação por aspectos emocionais antes	67	43,78	48,965
	Limitação por aspectos emocionais depois	67	68,65	43,764
	Saúde mental antes	67	58,33	28,036
	Saúde mental depois	67	74,12	20,996

Fonte: Pesquisa direta, Centro de Especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

Para avaliar a significância das diferenças das médias entre os domínios estabelecidos e para determinar o padrão da qualidade de vida das PVHIV/AIDS foi realizado o teste t-Student. Através da Tabela 73, conclui-se que há diferença significativa, a 5% de significância, entre as médias dos escores antes e depois da AF para os aspectos dor ($-p = 0,030$), estado geral de saúde ($p = 0,031$) e saúde mental ($p = 0,048$) nos pacientes assintomáticos. Nos pacientes sintomáticos houve diferença significativa em todos os domínios. Ressalta-se que os escores médios foram sempre superiores após o AFT.

Tabela 73 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o acompanhamento farmacoterapêutico quanto ao teste t-Student para a comparação de médias dos domínios de qualidade de vida (SF-36) antes e depois da atenção farmacêutica, para PVHIV/AIDS assintomáticos e sintomáticos, CEMJA (Nov/2008 - Jan/2012).

CONDIÇÃO	Aspecto/Domínio	t	gl	Valor-p
Assintomático	Capacidade funcional	-1,842	32	0,075
	Limitação por aspectos físicos	-1,650	32	0,109
	Dor antes	-2,279	32	0,030
	Estado geral de saúde	-2,250	32	0,031
	Vitalidade	-1,964	32	0,058
	Aspectos sociais	-0,141	32	0,889
	Limitação por aspectos emocionais	-1,969	32	0,058
	Saúde mental	-2,060	32	0,048

	Capacidade funcional	-4,418	66	<0,001
	Limitação por aspectos físicos	-4,154	66	<0,001
	Dor	-2,217	66	0,030
Sintomático	Estado geral de saúde	-5,330	66	<0,001
	Vitalidade	-4,989	66	<0,001
	Aspectos sociais	-3,599	66	0,001
	Limitação por aspectos emocionais	-4,125	66	<0,001
	Saúde mental	-5,058	66	<0,001

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

Ainda tentando mapear este importante aspecto humanístico e a sua relação com a farmacoterapia ARV, foi feita uma análise entre os domínios da qualidade de vida entre pacientes aderentes e não aderentes, utilizando a aferição através do método de registro de dispensação pela Farmácia, seccionados dentro dos assintomáticos e sintomáticos. Pelas tabelas 74 e 75, observa-se que os escores médios são sempre superiores após a implantação do Serviço de AFT para todos os aspectos, em pacientes assintomáticos ou sintomáticos, aderentes ou não aderentes, exceto quanto aos aspectos sociais em pacientes assintomáticos aderentes, cujo escore médio após a AF foi um pouco inferior ao escore médio antes da atenção.

Tabela 74 – Percentual das pessoas vivendo com HIV/AIDS durante o AFT quanto às medidas descritivas das variáveis associadas à qualidade de vida para os pacientes assintomáticos, de acordo com o perfil de adesão, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Paciente	Adesão	Aspectos/Domínio	Média	N	Desvio Padrão		
Assintomático	Não aderente	Capacidade funcional antes	86,88	8	25,205		
		Capacidade funcional depois	93,75	8	15,755		
		Limitação por aspectos físicos antes	78,13	8	41,052		
		Limitação por aspectos físicos depois	87,50	8	35,355		
		Dor antes	84,50	8	24,605		
		Dor depois	93,13	8	14,136		
		Estado geral de saúde antes	62,75	8	24,616		
		Estado geral de saúde depois	73,63	8	19,412		
		Vitalidade antes	57,63	8	24,237		
		Vitalidade depois	74,13	8	11,051		
		Aspectos sociais antes	76,56	8	30,936		
		Aspectos sociais depois	89,06	8	18,222		
		Limitação por aspectos emocionais antes	54,16	8	50,200		
		Limitação por aspectos emocionais depois	79,16	8	39,597		
		Saúde mental antes	67,00	8	24,166		
		Saúde mental depois	77,50	8	13,680		
		Assintomático	Aderente	Capacidade funcional antes	78,40	25	30,301
				Capacidade funcional depois	87,60	25	24,542
Limitação por aspectos físicos antes	73,00			25	43,253		
Limitação por aspectos físicos depois	85,00			25	35,355		
Dor antes	73,44			25	27,550		
Dor depois	84,48			25	29,132		
Estado geral de saúde antes	67,40			25	25,865		
Estado geral de saúde depois	74,56			25	25,148		
Vitalidade antes	65,32			25	24,034		
Vitalidade depois	71,16			25	20,082		
Aspectos sociais antes	85,50			25	23,296		
Aspectos sociais depois	82,16			25	23,279		
Limitação por aspectos emocionais antes	64,00			25	47,063		
Limitação por aspectos emocionais depois	78,66			25	39,538		
Saúde mental antes	61,60			25	23,409		
Saúde mental depois	69,60			25	23,664		

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 – Jan/2012.

Tabela 75 – Medidas descritivas das variáveis associadas à qualidade de vida para os pacientes sintomáticos, classificados de acordo com a adesão pelo método de registro de dispensação pela Farmácia, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Paciente	Adesão	Aspectos/Domínios	Média	N	Desvio Padrão		
Sintomá tico	Não aderente	Capacidade funcional antes	71,88	16	33,659		
		Capacidade funcional depois	85,63	16	19,738		
		Limitação por aspectos físicos antes	40,63	16	48,197		
		Limitação por aspectos físicos depois	59,38	16	42,696		
		Dor antes	65,19	16	37,920		
		Dor depois	79,13	16	29,480		
		Estado geral de saúde antes	57,40	16	31,319		
		Estado geral de saúde depois	74,63	16	26,753		
		Vitalidade antes	52,00	16	27,628		
		Vitalidade depois	70,00	16	15,078		
		Aspectos sociais antes	64,84	16	40,109		
		Aspectos sociais depois	81,25	16	27,03		
		Limitação por aspectos emocionais antes	27,08	16	44,253		
		Limitação por aspectos emocionais depois	58,33	16	47,918		
		Saúde mental antes	56,25	16	33,193		
		Saúde mental depois	69,50	16	20,232		
		Sintomá tico	Aderente	Capacidade funcional antes	75,10	51	26,201
				Capacidade funcional depois	88,63	51	17,891
Limitação por aspectos físicos antes	51,96			51	47,656		
Limitação por aspectos físicos depois	80,88			51	35,912		
Dor antes	67,98			51	28,512		
Dor depois	77,22			51	29,147		
Estado geral de saúde antes	55,27			51	27,315		
Estado geral de saúde depois	73,20			51	24,771		
Vitalidade antes	57,63			51	23,339		
Vitalidade depois	70,84			51	20,676		
Aspectos sociais antes	71,08			51	32,834		
Aspectos sociais depois	85,78			51	20,003		
Limitação por aspectos emocionais antes	49,02			51	49,599		
Limitação por aspectos emocionais depois	71,89			51	42,362		
Saúde mental antes	58,98			51	26,555		
Saúde mental depois	75,57			51	21,216		

Fonte: Pesquisa direta, Centro de Especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

A análise dos testes estatísticos da relação entre a adesão e os domínios para qualidade de vida mostra, na Tabela 76, que para os pacientes assintomáticos classificados de acordo com o padrão de cumprimento do regime terapêutico, não há diferença significativa entre as médias dos escores relativos aos domínios para nenhum dos grupos.

Tabela 76 – Teste t-Student para comparação de médias dos aspectos de qualidade de vida antes e depois do acompanhamento farmacoterapêutico para pacientes assintomáticos, classificados de acordo com a adesão pelo registro de dispensação pela Farmácia, CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Paciente	Adesão	Aspectos	t	gl	p-valor
Assintomático	Não aderente	Capacidade funcional	-0,611	7	0,561
		Limitação por aspectos físicos	-0,704	7	0,504
		Dor antes	-1,162	7	0,283
		Estado geral de saúde	-1,044	7	0,331
		Vitalidade	-1,890	7	0,101
		Aspectos sociais	-1,323	7	0,227
		Limitação por aspectos emocionais	-1,426	7	0,197
	Saúde mental	-2,006	7	0,085	
	Aderente	Capacidade funcional	-1,777	24	0,088
		Limitação por aspectos físicos	-1,467	24	0,155
		Dor	-1,956	24	0,062
		Estado geral de saúde	-2,038	24	0,053
		Vitalidade	-1,189	24	0,246
		Aspectos sociais	0,978	24	0,338
Limitação por aspectos emocionais		-1,438	24	0,163	
Saúde mental	-1,509	24	0,144		

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

A Tabela 77 demonstra a análise estatística inferencial, revelando que, para os pacientes sintomáticos não aderentes, houve diferença significativa entre os escores médios antes e depois do

AFT para os domínios: capacidade funcional ($p=0,044$), vitalidade ($p=0,033$) e limitação por aspectos emocionais ($p=0,030$). Quanto aos pacientes aderentes, foi detectada uma diferença significativa entre os escores médios de todos os aspectos, exceto dor ($p=0,089$).

Tabela 77 – Teste t-Student para comparação de médias dos aspectos de qualidade de vida antes e depois da atenção farmacêutica, para pacientes sintomáticos, classificados de acordo com a adesão pelo registro de dispensação pela Farmácia CEMJA (Nov/2008 – Jan/2012).

Paciente	Adesão	Aspectos	T	gl	p-valor
Sintomático	Não aderente	Capacidade funcional	-2,194	15	0,044
		Limitação por aspectos físicos	-1,218	15	0,242
		Dor	-1,392	15	0,184
		Estado geral de saúde	-1,722	15	0,106
	Aderente	Vitalidade	-2,341	15	0,033
		Aspectos sociais	-1,710	15	0,108
		Limitação por aspectos emocionais	-2,389	15	0,030
		Saúde mental	-1,753	15	0,100
Sintomático	Aderente	Capacidade funcional	-3,798	50	<0,001
		Limitação por aspectos físicos	-4,186	50	<0,001
		Dor	-1,736	50	0,089
		Estado geral de saúde	-5,717	50	<0,001
		Vitalidade antes	-4,483	50	<0,001
		Aspectos sociais	-3,142	50	0,003
		Limitação por aspectos emocionais	-3,351	50	0,002
		Saúde mental	-4,898	50	<0,001

Fonte: Pesquisa direta, Centro de especialidades Médicas José de Alencar – CEMJA, Nov/2008 –Jan/2012.

6. DISCUSSÃO

6.1 CAPÍTULO 1: *Discussão sobre a elaboração, adaptação e aplicação de instrumentos necessários para documentação e registro das atividades do cuidado farmacêutico.*

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, OMS (1993), *PRÁTICA* é o instrumento mediante o qual uma profissão fornece conhecimento e produtos para a sociedade. A ação central da prática farmacêutica deve ser o uso racional de medicamentos. A prática profissional de uma categoria da área de saúde recebe influência direta do processo educacional, das diretrizes das políticas sanitárias e de trabalho, da estrutura do sistema de saúde e do modelo assistencial/(REIS, 2003).

Um modelo de atenção pode ser entendido como “*a forma como se concebem, organizam e concretizam as ações de saúde, segundo um determinado contexto histórico, em determinado local e com determinado conceito de saúde*”. Envolve as concepções dos sujeitos, as práticas de saúde e as relações que se estabelecem neste processo, particularmente as relações de poder entre os vários atores, a utilização das tecnologias e a gestão do sistema e do processo de trabalho/(REDE UNIDA, 2001; OPAS, 2001).

Já existem experiências pioneiras da inserção do farmacêutico na atenção à saúde. Há a necessidade, no entanto, de que estas experiências sejam ampliadas. O documento Política Nacional de Medicamentos estabelece como uma de suas prioridades o desenvolvimento de recursos humanos para a reorientação da assistência farmacêutica/(BRASIL, 1998).

Há que se considerar todo o contexto histórico da Reforma Sanitária Brasileira e as lutas pela construção e consolidação do Sistema Único de Saúde do País que determinaram o modelo de atenção para o desenvolvimento da prática da AF no Brasil (OPAS,2001).

De acordo com alguns autores, vivemos um momento de crise de paradigma. Segundo SANTOS (1995), a crise do paradigma dominante é o resultado interativo de uma pluralidade de condições. O autor faz uma distinção entre as condições sociais e teóricas, e observa que a identificação dos limites, das insuficiências estruturais do paradigma científico moderno é o

resultado do grande avanço do conhecimento que ele propiciou. O aprofundamento do conhecimento permitiu ver a fragilidade dos pilares em que se funda (OPAS,2001).

No campo da Farmácia, esta mudança de paradigma se reflete na mudança do objeto de trabalho do profissional farmacêutico. A OPAS/OMS (2001) questiona: *será o foco da sua atuação o medicamento, o paciente ou a comunidade como um todo?*

Segundo vários autores, entre eles HEPLER (1999), a AF nas suas dimensões filosóficas e de atuação profissional tem sido posta como estratégia de “reprofissionalização ” do farmacêutico (OPAS,2001).

Os modelos tradicionais de prática farmacêutica mostram ser pouco efetivos sobre a morbimortalidade relacionada a medicamentos(CIPOLLE et al., 2000). A *atenção farmacêutica*, um novo modelo, centrado no paciente, surge como alternativa que busca melhorar a qualidade do processo de utilização de medicamentos, alcançando resultados concretos. (REIS, 2003).

De acordo com NOGUEIRA (1995 apud RAMOS, 2002), no caso da saúde, há uma especificidade que advém do fato de o processo de trabalho não se realizar sobre coisas, ele se fundamenta essencialmente em uma inter-relação pessoal muito intensa, tanto no âmbito multiprofissional, quanto em relação ao paciente, que é decisiva para a eficácia das ações desenvolvidas (OPAS, 2002).

Assim, tem-se na AF, com a aplicação das mais diversas metodologias, um caminho para a retomada do farmacêutico na sociedade, tornando-o um elemento-chave para a efetivação das políticas de uso racional dos medicamentos nas diferentes esferas de atuação, destacando-se também, em cenários ainda não explorados quão deveriam, como nos cuidados às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS.

Para tanto, a estruturação de serviços de atenção farmacêutica no SUS não pode ser mais adiada, devendo ser colocada na agenda política e da gestão do Sistema de Saúde para que as diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Medicamentos sejam enfim, efetivadas.

Um dos primeiros passos durante o processo de implantação de Unidades de Cuidado Farmacêutico em serviços de saúde se concentra na elaboração dos instrumentos para a documentação e registro da informação do processo de AFT e dos demais macro-componentes da AF. É através dos mesmos que o farmacêutico poderá anotar os dados clínicos, farmacoepidemiológicos, humanísticos e demais informações necessárias para prover o melhor

cuidado no âmbito dos resultados na farmacoterapia, buscando a melhoria contínua da qualidade de vida de cada um dos usuários desse serviço.

Nesse sentido, a gestão da produção da informação assistencial é parte essencial dos processos de gestão da qualidade do cuidado em saúde e segundo SCHOUT e NOVAES (2007) e não deve ser tratada como uma tarefa menor e isolada, pois depende e impacta sobre todas as atividades desenvolvidas nos serviços de saúde e, conseqüentemente, no usuário. Para tanto, esses autores destacam a necessidade de que todos os profissionais se sintam partícipes e responsáveis pela sua produção e utilização, isto é, que exista uma cultura institucional de valorização da informação e sejam estruturados instrumentos de registros clínicos que favoreçam a padronização de condutas e consulta prática aos dados dos pacientes.

Ainda buscando estes autores, SCHOUT e NOVAES (2007) ressaltam que nenhum profissional de saúde negará a importância dos registros clínicos para a qualidade no cuidado aos pacientes e para a produção do conhecimento, mas no momento em que estão cuidando dos seus pacientes a documentação cuidadosa parece tomar um tempo que gera uma dificuldade operacional em termos de demanda no atendimento. Principalmente quando as condições para a realização desse cuidado já não são as desejáveis, como frequentemente acontece, havendo uma tensão constante entre o tempo disponível e a quantidade de pacientes a serem atendidos.

Um dos focos das discussões em torno do dilema enfrentado pelos profissionais de saúde, incluindo o farmacêutico, para os registros clínicos se dá nessa perspectiva: *elaboração/disponibilização de ferramentas práticas para documentação; como fazer para que nada do que ocorreu, e que pode ser significativo para o cuidado ao paciente, para a produção do conhecimento e para a gestão dos serviços, deixe de ser registrado, de forma adequada e acessível*. Nessas discussões, a qualidade da atenção frequentemente aparece como condição necessária, ainda que não suficiente (PEREIRA, 2012), para bons registros. Busca-se, nesse sentido, desenvolver instrumentos (em papel ou eletrônicos) que se constituam em apoio (e não obstáculo) para o processo diagnóstico, terapêutico e de acompanhamento, em si.

No âmbito farmacêutico, em específico, PEREIRA e FREITAS (2008) alerta que a AF no Brasil ainda é uma atividade incipiente, que se encontra em fase de implantação e implementação, coincidindo com a redefinição da atividade farmacêutica clínica-assistencial no país. Dentre os fatores que dificultam sua solidificação, estão o acesso insatisfatório aos medicamentos por parte dos usuários do SUS, o contingente insuficiente de farmacêuticos nas Unidades Básicas de Saúde

e, também, faz destaque, a escassez de documentação científica que possibilite demonstrar aos gestores do sistema público e privado que tal prática representa investimento e não custo.

Estes mesmos autores realizaram uma busca de artigos nas bases de dados Medline/Pubmed cruzando a palavra-chave “*Pharmaceutical Care*” e o país de interesse, sendo encontrado até o final de 2007, o Brasil havia publicado/indexado 46 artigos referentes à AF, posicionando-se como líder na América Latina. No entanto, essa colocação evidencia a baixa frequência de publicações quando comparada à produção dos países desenvolvidos (PEREIRA e FREITAS, 2008).

No que concerne à documentação na prática farmacêutica, o registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados foi definido como um dos macro-componentes, da prática profissional pelo Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (OPAS *et al.*, 2002) relatado em modelos tecnológicos da Espanha, Estados Unidos, Inglaterra, Canadá e França, como citado por ANGONESI (2008) e PEREIRA E FREITAS (2008).

A sistematização do trabalho, assim como a documentação da história farmacoterapêutica, buscou integrar a avaliação do estado do paciente com a AF realizada e os resultados obtidos. (CERDÁ; ALMIÑANA, 2004). LYRA JÚNIOR (2007) cita que as práticas de AF têm apresentado impacto clínico-humanístico-econômico positivo nos sistemas de saúde de vários países, mas é necessária uma reformulação nos desenhos das pesquisas, no sentido de descreverem, apropriadamente, as intervenções farmacêuticas, bem como as estruturas dos instrumentos de registro dessas intervenções para avaliar a importância desses serviços farmacêuticos em nível nacional, estadual e municipal, tanto no âmbito público quanto privado.

Segundo CERDÁ (2004), as atividades realizadas devem ser registradas de maneira normalizada, preferencialmente na história clínica do paciente, em um documento independente que deve conter no mínimo: o perfil farmacoterapêutico do paciente, incluindo os tratamentos anteriores e o tratamento atual; as prescrições não documentadas e a automedicação; as ações resultantes em ajuste posológico, a modificação da via de administração, do intervalo posológico, da forma farmacêutica ou do princípio ativo (intercâmbio terapêutico); os PRM e os erros de medicação potenciais e reais detectados; as possíveis duplicidades terapêuticas, o cumprimento da terapia, as interações, os eventos adversos, e as reações adversas aos medicamentos; os sinais e sintomas que caracterizam os processos concomitantes que podem influir sobre a farmacoterapia; e, por último, todas as atividades educacionais fornecidas para o paciente e seus familiares.

Diante desse cenário, a estruturação da “Ficha de Acompanhamento Farmacoterapêutico do Paciente HIV positivo” foi realizada no formato de seções ou blocos temáticos para facilitar o manejo do instrumento pelo o farmacêutico, como também para favorecer a tabulação e análise dos dados coletados. Assim, o bloco A (dados sociodemográficos e estilo de vida) permitiu ao farmacêutico-entrevistador conhecer o cenário social no qual o paciente está inserido, etapa esta fundamental nas fases de análise situacional e de estudo contempladas no Método Dáder de AFT.

Nesse bloco, foram enfocadas informações importantes para o processo de negociação com o paciente em relação aos problemas farmacoterapêuticos, como também para o planejamento das intervenções, tendo como base as características específicas de cada paciente acompanhado. Estes aspectos também são contemplados no Bloco B, que trataram de dados farmacoterapêuticos, informações sobre o binômio saúde-doença e de indicadores da AF envolvidos na anamnese farmacêutica e farmacológica. Estes dados, associados aos valores dos testes laboratoriais, em especial carga viral e linfócitos T CD4+, são sinalizadores para priorização das estratégias a serem tomadas.

Já no bloco C, buscou-se a compreensão sobre a adesão à terapêutica antirretroviral, em que houve a necessidade de ampliação da perspectiva contida no questionário desenvolvido por DELGADO e LIMA (2001) intitulado “Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)” com quatro questões abertas do Teste de Morisky (MORISKY *et al.*, 1986). A necessidade de o questionário ter algumas perguntas abertas foi considerada pelo grupo focal, a fim de que o paciente pudesse se posicionar de forma mais própria frente à percepção individual de fatores relacionados ao cumprimento do seu plano medicamentoso antirretroviral, visto que o auto-relato do paciente se tornou ferramenta prática para avaliar a adesão, principalmente do ponto de vista operacional de baixo custo (GIR *et al.*, 2005). No entanto, os resultados estatísticos mostraram que este método faz uma melhor rastreabilidade entre as Pessoas Vivendo com HIV/AIDS aderentes, não tendo esta mesma acurácia para os não-aderentes.

Uma questão fundamental para aumentar a qualidade da aferição das variáveis contidas nos blocos E e F foi a atuação de um terceiro ator desse processo, a saber, o assistente social do time multidisciplinar de atenção ao paciente soropositivo. A escolha desse profissional decorre de que o entrevistador não deve estar diretamente envolvido com o processo farmacoterapêutico no acompanhamento do paciente, excluiu-se, portanto, médicos, enfermeiros e farmacêuticos, uma

vez que esses profissionais podem inibir o entrevistado, levando à obtenção de resultados duvidosos.

Torna-se importante, ser feita a distinção do foco de satisfação que foi avaliada nos blocos E e F. O primeiro envolveu oito questões e buscou avaliar a satisfação do paciente em relação ao serviço de Farmácia de forma global e, mais especificamente, analisar a atuação da equipe multidisciplinar de atenção assistencial ao paciente soropositivo na perspectiva de sua compreensão dos cuidados relativos ao uso dos medicamentos. O bloco F, por sua vez, visava avaliar o grau de satisfação do paciente/usuário, especificamente em relação ao profissional farmacêutico que lhe prestou um serviço clínico de acompanhamento, além de fazer avaliação da etapa logística de distribuição dos antirretrovirais prescritos, sendo um instrumento útil na identificação de possíveis oportunidades de melhoria do profissional e do programa de AF, favorecendo a tomada de decisão em prol do incremento do serviço.

A “Ficha de Acompanhamento Farmacoterapêutico do Paciente HIV positivo”, através da análise de sua aplicação, se mostrou eficiente na coleta de dados específicos dos pacientes atendidos, possibilitando um maior conhecimento do perfil socioeconômico, estilo de vida, das PVHIV/AIDS, bem como da terapêutica proposta aos mesmos, além dos indicadores clínicos e humanísticos da AF

Os demais instrumentos elaborados e aplicados neste trabalho, tais como Guia de Interações Medicamentosas e Antirretrovirais, Folder de Orientação Farmacêutica e Informe Farmacoterapêutico (Ficha de Contra Referência Farmacêutica) atuaram subsidiando no processo de educação em saúde, fortalecendo as orientações farmacêuticas individualizadas e identificadas. Os instrumentos, durante os nove meses de AFT, exerceram um papel de otimizar o mecanismo de intercomunicação entre a tríade farmacêutico-usuário-médico quando da necessidade de encaminhamento de alguma intervenção, propondo alguma sugestão em prol da racionalização a farmacoterapia utilizada e, assim, buscando aprimorar a adesão das PVHIV/AIDS e sua QV.

Após estruturados os instrumentos e definidos os fluxos, foi iniciada a oferta do AFT para as PVHIV/AIDS virgens de tratamento no SAE/CEMJA, em sua fase inicial, de acordo com o Método Dáder (DADER et al., 2007). Durante o período de estudo, houve uma taxa de aceitação ao serviço de AFT de 62,2% dos usuários que preenchiam os critérios de inclusão, aos quais foi oferecido esse serviço farmacêutico. Essa taxa pode ser explicada por se tratar de uma área de atuação farmacêutica ainda pouco conhecida e por necessitar de uma maior sensibilização quanto

ao papel clínico-assistencial do farmacêutico junto à população, aliado ao fato peculiar de barreiras internas específicas, como por exemplo, a falta de tempo de muitas PVHIV/AIDS que não gostariam de ficar muito tempo expostas no serviço de SAE/DST, devido ao viés social estigmatizante.

Pode ter colaborado, nesta taxa de cobertura do serviço de cuidado farmacêutico, a sobrecarga de trabalho do farmacêutico no CEMJA por ser uma unidade com alta demanda de usuários. Em muitos momentos, foi relatado pelo profissional no exercício de suas atividades não conseguir aplicar todas as etapas do instrumento (Ficha de Acompanhamento Farmacoterapêutico) e, em alguns casos, até mesmo fazer a oferta do serviço, dado o elevado volume de atividades sobrepostas na sua rotina operacional.

De acordo com o pensamento de OLIVEIRA (2011), recrutar pacientes é um processo ativo, significativamente diferente do que o farmacêutico está acostumado a exercer na dispensação. Trata-se de uma prática clínica em construção, especialmente por ser uma atividade nova e oferecida por um profissional sem histórico de atividade clínica, como é o caso do farmacêutico no Brasil.

Essa perspectiva também é corroborada por OLIVEIRA (2013), que observa a importância da capacitação dos profissionais farmacêuticos quanto à compreensão filosófica da prática da AF, em especial, no AFT, no sentido de enfatizar que seu objeto de estudo são as pessoas e não o medicamento. Parte-se do conceito de que "*os fármacos não tem doses, são as pessoas que recebem doses*", com a consequente preocupação em sensibilizar o público alvo, esclarecendo qual o papel do farmacêutico e as suas responsabilidades no cuidado direto dos pacientes, mediante o desenvolvimento de uma relação terapêutica que busca integrar-se às outras práticas de saúde já sistematizadas (CIPOLLE et al,2000).

O fato de haver pacientes encaminhados por outros profissionais de saúde como médicos e, até mesmo, por outros pacientes que procuraram o serviço é um reflexo do envolvimento do estabelecimento com a realização de práticas clínicas e assistenciais (OLIVEIRA, 2013), em especial com o treinamento de estagiários estudantes de Farmácia. Tem-se que o estabelecimento se configura como comunidade de ensino, pesquisa e extensão e já realiza pesquisas na área da AF, o que contribuiu para a divulgação da atividade e para a captação dos pacientes em estudo.

Em suma, a estruturação das atividades de AFT no CEMJA, através da Unidade de Cuidados Farmacêuticos para PVHIV/AIDS, envolveu uma fase inicial de planejamento no

CEATENF com capacitação, estruturação de instrumentos, sensibilização dos atores e divulgação junto aos profissionais e usuários, processos estes que ocorreram, de forma contínua ao longo do estudo.

6.2. CAPÍTULO 2: *Discussão do delineamento do perfil sociodemográfico, estilo de vida e farmacoepidemiológico das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHIV/AIDS).*

A epidemia do HIV/AIDS ainda permanece como um dos mais sérios problemas contemporâneos de saúde pública, apresentando alto grau de morbimortalidade, perspectivas de um contínuo crescimento, pluralidade epidemiológica e propagação em todos os continentes (JIMÉNEZ, 2010). As possibilidades de controle dessa pandemia carecem de uma maior eficiência, apesar do desenvolvimento de novas terapias e do esforço mundial na busca de uma vacina eficaz contra a infecção (CECCATO *et al*, 2004). Um atendimento humanizado com estratégias focais, a partir de identificação do perfil da clientela a ser atendida, e com estratégias direcionadas às demandas específicas de cada PVHIV/AIDS pode ser um mecanismo para incrementar a atenção a este público e, assim, minimizar os desfechos negativos acarretados por essa doença, quando não tratada adequadamente.

O delineamento das características sócio-demográficas dos pacientes acompanhados farmacoterapeuticamente neste estudo, coincidem com os de outros estudos com pacientes soropositivos (SANTOS, SILVA, SOARES, 2010; CODINA JANÉ *et al*, 2004; KNOBEL, ALONSO, CASADO, COLLAZOS, GONZÁLEZ, RUIZ *et al*, 2002).

Analisando as características da amostra estudada, verificou-se que a idade média encontrada (35,42 anos), foi próxima a de um estudo brasileiro realizado por EIDAM *et al* (2006), cujo valor deste parâmetro epidemiológico encontrado foi de 37 anos. Outros trabalhos na literatura também corroboram para maior prevalência de pacientes soropositivos na faixa de 20 a 40 anos, como nos relatos da Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina (2001), a qual destaca, como faixa etária predominante de portadores de HIV, uma faixa entre 20 e 40 anos. FERREIRA *et al* (2011) encontraram maior percentual (36,6%) das PVHIV/AIDS na faixa variando entre 31 e 40 anos.

Em um estudo realizado com sujeitos infectados pelo HIV no município de São Paulo, encontrou-se a faixa etária compreendida entre 30 a 39 anos como as idades de maior prevalência

(GABRIEL, BARBOSA, VIANNA; 2005) o que condiz com a média obtida (39,55 anos) na pesquisa de SANTOS *et al* (2010). Pode-se crer que esta faixa etária seja justificada pelo próprio advento temporal da era AIDS, que explodiu nos anos 80 e 90 e que levaria ao fato de os atuais pacientes em início de TARV serem predominantemente adultos jovens. Ressalta-se ainda que, mesmo neste estudo, foi verificado 10 indivíduos acima de 50 anos. Essa população deve ser alvo de campanhas de prevenção específicas realizadas em diferentes vias de comunicação e de forma multidisciplinar.

Assim, como ressalta MELO *et al.* (2012), essa faixa etária é um novo grupo epidemiológico, dado o aumento da expectativa de vida da população mundial e brasileira e a ampliação do tempo de vida sexual ativa agregado às múltiplas opções de estratégias farmacoterápicas para casos de disfunção sexual, frequente nesta faixa etária. Este conjunto de fatores pode ser um potencial mecanismo para proliferação da infecção por HIV em populações geriátricas.

Quanto ao gênero, identificou-se neste estudo, que a maior parte dos pacientes era do gênero masculino (69,0%; n=100) do que feminino, obedecendo à proporção de 4,05 homens para cada mulher. A relação entre número de homens/mulheres foi maior neste estudo quando comparado com o mesmo parâmetro do trabalho de SANTOS, SILVA, SOARES (2010) que verificou uma taxa de 2,76 pacientes do sexo masculino em relação feminino. Este é um dado que mostra ainda uma maior incidência de homens soropositivos, mas serve de alerta à área de infectologia e epidemiologia clínica quanto à feminilização da AIDS em todo o mundo.

Apesar de o número de casos do sexo feminino ser inferior ao do masculino em alguns trabalhos brasileiros, a Secretaria de Saúde do Estado de Goiás (2007) relata que a incidência da infecção entre as mulheres tem contribuído crescentemente para o aumento de casos no estado, uma tendência observada em todo o país (GALVÃO 2000; BRASIL, 2011): a feminização da AIDS (PINTO, 2007). De acordo com MAGALHÃES (2011), a feminização da infecção por HIV pode também ser influenciada pelo reflexo do comportamento sociossexual da população, uma vez que mulher tem tido um papel mais dominante no seus próprios desejos e na sua liberdade de vivenciar novas experiências, por exemplo, no campo de sua sexualidade, além da vulnerabilidade biológica que a mulher apresenta.

Em relação ao estado civil, os achados deste estudo em que pouco mais da metade dos pacientes se declararam solteiros (62,0%; n=100) corroboram com resultados de SANTOS,

SILVA, SOARES (2010), onde 120 desses (54,05%) tinham essa mesma condição. Esse é um perfil esperado já que, quando solteiro, o indivíduo tem um número maior de parceiros sexuais diferentes e, geralmente, se permite a experimentações mais perigosas que levam à contaminação por doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a AIDS. Em relações estáveis, a prevenção ao vírus HIV é quase sempre influenciada por crenças e valores morais associados ao casamento.

No Ocidente, esses valores são marcados por atributos como o amor, o respeito, a confiança e a partilha. Existe uma concepção geral na população de que quando esses valores são considerados, homens e mulheres estão protegidos do risco de serem infectados (MAIA, GUILHEM, FREITAS; 2008). O sexo desprotegido em relações estáveis pode ser justificado também pela hierarquização do poder nas relações afetivas sexuais, fato que consegue suprimir a efetividade da comunicação sobre a sexualidade entre parceiros.

Todavia, o perfil atual da epidemia da AIDS confirma que esse tipo de comportamento está diretamente relacionado ao aumento da incidência da infecção entre pessoas casadas, principalmente entre as mulheres. Apesar do aumento da autonomia das mulheres, elas ainda são mais susceptíveis à infecção, devido à natureza das suas características anatômicas e fisiológicas que contribuem para aumentar a vulnerabilidade ao HIV (KALCMANN et al, 2009). Soma-se ainda, o seu papel social, sendo em alguns casos, privadas de negociar o uso de preservativos, porque precisam se submeter à vontade de parceiros que se negam a se proteger (CARVALHO, PICCININI, 2008) e discutir a fidelidade (LOPES, 2003).

Avaliando o grau de instrução, observa-se que uma boa parte (42,0%) tinha um nível de escolaridade baixo até o ensino fundamental, com dois entrevistados eram analfabetos e outros dois sabiam apenas ler e escrever com limitações. Este perfil pode influenciar consideravelmente no manejo do tratamento, uma vez que os ARV dispensados na rede pública, possuem a descrição do nome do princípio ativo que apresenta uma alta complexidade. Isso pode repercutir em pouca compreensão do paciente quanto aos diferentes tipos de medicamentos, seus horários de administração e nas propriedades intrínsecas de cada fármaco (se administrar com alimento, se armazenar em refrigeração, se diminui os efeitos adversos tomando a noite antes de dormir, etc). Este conjunto de fatores de confusão pode afetar a adesão e, principalmente, a obtenção da resposta farmacológica e clínica esperada por déficit de escolaridade e compreensão.

Em contraponto, nota-se que uma fatia considerável de pacientes (48% , n=100) possui um bom nível de escolaridade, englobando o nível médio até o nível superior completo. Esse dado foi

encontrado em valores próximos na pesquisa de SANTOS, SILVA, SOARES (2010), com perfil de instrução entre o médio e superior em torno de 45,6%. Em um estudo realizado em Natal, no Rio Grande do Norte (CARDOSO, RAMOS, LOBO, 2003), verificou-se que o mais frequente grau de instrução dos infectados pelo HIV incluídos na amostra foi o ensino fundamental, em 57% dos casos, resultado similar ao presente estudo, cuja prevalência deste parâmetro concentrou-se também no ensino fundamental.

Deve-se ressaltar que esses estudos observam uma preocupação sobre a pauperização (PINTO et al, 2007) da contaminação que o HIV traz consigo e que, a baixa escolaridade, pode atuar de forma desfavorável na obtenção de resultados esperados na TARV, dado seu arcabouço cultural-sócio-econômico, das classes mais desfavorecidas, mesmo que se saiba que a relação entre a incidência da infecção e a baixa escolaridade possa não mais ser um fator de risco absoluto.

No que diz respeito a convivência, os dados revelaram uma grande parcela (79%; n=100) das PVHIV/AIDS acompanhadas vivendo no seio familiar. ZAWACKI et al (2009) discutiu que mesmo diante da evolução da sociedade quanto ao tema, a infecção pelo HIV/AIDS ainda carrega consigo um vulto estigmatizante e com isso muitos pacientes têm resistência em contar o diagnóstico da doença aos seus familiares (ANDRÉ, 2013), o que compromete o apoio dos seus entes com quem convive. Este apoio seria fundamental e poderia influenciar positivamente no sucesso da terapia (BRASIL, 2008a). Inclusive, apenas o fato de viver com a família parece tornar os pacientes mais empenhados em seguir o tratamento (SILVEIRA, 2014). Por exemplo, no estudo de CARVALHO et al (2003), a estrutura familiar e/ou comunitária também foi associada a uma maior adesão.

Quanto à ocupação, notou-se que 26% das pessoas com HIV acompanhadas estavam desempregadas e 24 eram autônomas, ou seja, não possuíam vínculo empregatício. Este fato associado ao dado de que uma boa parcela tinha renda mensal de apenas 1 a menos que 2 salários mínimos (41,0%; n=41) corrobora com a literatura que sinaliza para a pauperização dessa doença (BASTOS et al, 2000; FREITAS et al, 2012). O trabalho publicado por FERREIRA (2011) demonstrou que 53,5% dos avaliados tinham renda familiar menor que um salário mínimo. Este fato torna-se mais preocupante quando a quase totalidade dos acompanhados pelos farmacêuticos no CEMJA referiram não obter o auxílio doença (97,0%; n=97), o que agudiza esse cenário. Neste sentido, ratifica-se o pensamento de PINTO et al (2007), demonstrando a importância das

estratégias de inclusão social e orientação a partir do perfil do paciente que devem ser buscadas pela equipe de assistência.

No que diz respeito ao estilo de vida, a literatura (PEREIRA et al, 2014) aponta a utilização de drogas lícitas e ilícitas como um dos riscos e maior susceptibilidade ao HIV. Neste estudo, foi encontrado um valor considerado preocupante (41,0%; n=41) de indivíduos soropositivos que faziam ingestão de bebida alcoólica na amostra acompanhada e 48,8% em uma frequência diária ou semanalmente. MELCHIOR et al (2007) menciona que o uso do álcool é considerado um fator associado à falta de adesão ao tratamento de doenças crônicas em geral, tendo se apresentado como desafio para as PVHIV/AIDS.

Em nosso país, faz parte do senso comum que bebidas e medicamentos não podem ser misturados. Esta opinião pode ter contribuído para que, mesmo pessoas com alta adesão, grande parte deste estudo parassem de tomar os antirretrovirais para consumir bebidas alcoólicas, ainda que “socialmente”. LAWS et al (2000) também encontraram em seus problemas na farmacoterapia ARV com a suspensão dos medicamentos (“*feriado do remédio*”) para consumir bebidas alcoólicas, como relatado pelas PVHIV/AIDS do presente estudo.

Outra questão levantada na configuração do estilo de vida foi quanto ao uso de drogas ilícitas, confirmado por 10 entrevistados (10%) que utilizavam, em 60% das vezes, semanalmente. Neste aspecto, torna-se importante estar alerta para o fato de risco não adesão como apresentado nos trabalhos da área (MALCOLM et al, 2003; VERVOORT et al, 2007; MESQUITA et al, 2010) que indicam o estilo de vida caótico de alguns usuários de drogas como fator determinante para o não-cumprimento adequado da farmacoterapia e não para o uso de drogas em si.

WARE et al (2005) discutem a interferência das drogas nos tratamentos, que frequentemente constituem um tabu, produzindo um pacto de silêncio entre os profissionais de saúde (que não investigam seu uso) e pacientes (que não revelam seu uso). Os estereótipos associados aos usuários de drogas fazem com que eles deixem de ser vistos em sua singularidade, impedindo que os profissionais de saúde os auxiliem em suas dificuldades específicas, e assim, fazer os encaminhamentos e pactuações possíveis e cabíveis entre as partes (MELCHIOR et al, 2007).

Ainda discutindo este aspecto, JIMÉNEZ (2010) encontrou em seu trabalho na Espanha que a principal via de transmissão do vírus foi através do abuso de drogas por via parenteral (20,2%), o que mostra a necessidade de uma atenção adicional para este *usuário-alvo*. No citado

estudo espanhol, a via sexual (homo – 15,4% e heterossexual – 19,1%) ocupou o segundo lugar como forma de transmissão do HIV com 34,5%. Valores diferentes encontrou-se nesse grupo acompanhado no CEMJA em que a quase totalidade das PVHIV/AIDS (94%, n=94) relatou que foi através da relação sexual a via de contaminação e seis dos entrevistados não sabiam como se contaminaram. Há de se ponderar que alguns possam se sentir retraídos em manifestar a utilização de drogas de abuso diante do panorama sociocultural estigmatizante, já densamente atrelado ao diagnóstico da doença.

Os resultados quanto à via de contaminação mais frequente deste trabalho se alinham com os relatos de CODINA JANÉ (2004) e ESPANHA (2009) nos quais dissertam haver a tendência de decréscimo da contaminação por via parenteral entre os usuários de drogas e em transfusões de sangue e aumento pela via sexual, em específico, entre os heterossexuais, deixando a doença de ser segmentada à população homoafetiva.

Quanto às questões de avaliação do nível de conhecimento sobre como se contrai/transmite o vírus HIV, a prevenção, as complicações e sua relação com o tratamento, notou-se que uma boa parcela dos indivíduos acompanhados tinham conhecimento adequado sobre estes aspectos, o que corrobora com outros estudos (LAZZAROTTO et al, 2008; MELO et al, 2012). Isso o pode ser atribuído as contínuas campanhas educativas nos diferentes veículos de comunicação em busca da desmistificação do “tabu” da AIDS, bem como ao trabalho direcionado dos profissionais de saúde envolvidos na atenção a esse público-alvo.

No entanto, em todos esses parâmetros de análise do conhecimento havia uma parcela considerável de PVHIV/AIDS carente de informações em saúde, em especial, sobre o TARV. Foi verificado que a grande maioria (62%, n= 62) dos acompanhados afirmou ter pouco ou desconhecer aspectos importantes da TARV e suas interfaces. Verifica-se, então, a presença de lacunas no conhecimento sobre o HIV/AIDS nos indivíduos estudados em diferentes domínios do conhecimento, o que foi também encontrado no trabalho de LAZZAROTTO et al (2008). Desta forma, é relevante a identificação das PHIV/AIDS que apresentam essas fragilidades de informação e, a partir desse diagnóstico, desenvolver programas de saúde pública específicos para que se dediquem à elucidação das principais dúvidas relacionadas à infecção pelo HIV e a sua farmacoterapia.

➤ *FARMACOTERAPIA*

✓ *Início da TARV*

Com o crescente número de pacientes em uso de TARV, a monitorização do tratamento desde seu início se tornou uma das prioridades em saúde pública (PEREIRA, 2012). 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 mapeamento do plano de cuidados às PVHI/AIDS, acompanhadas neste estudo, foi realizado em diferentes etapas. A anamnese farmacológica buscou traçar o perfil de utilização dos medicamentos (30 dias prévios ao atendimento farmacêutico) diferentes do esquema ARV instituído. Os dados mostraram uso de medicamentos sem prescrição médica por 62% da amostra que afirmaram ter o hábito de se automedicar.

Achados elevados desta prática, acima de 30% de automedicação, foram encontrados por PEREIRA *et al* (2014). De acordo com os relatos de ACURCIO e GUIMARÃES (1999) e MAGALHÃES (2011), a automedicação está entre os principais problemas relacionados a pacientes que fazem uso de ARV. Os pacientes que relataram fazer uso de medicamentos por automedicação ou sem prescrição receberam orientação farmacêutica acerca dos riscos da automedicação e prejuízos ocasionados à TARV, uma vez que há a possibilidade de ocorrer IM. Isto ocorrendo, a efetividade e a segurança do TARV ficariam em risco.

Nesse contexto, PEREIRA *et al* (2014) enfatiza que algumas DST são assintomáticas ou apresentam muitas reações adversas que apresentam sintomas menores o que fazem os indivíduos infectados não buscarem os SAE para avaliação e prescrição médica. Assim, estes procuram os serviços de saúde apenas na presença de sintomas, o que pondera, CODES *et al* (2006). Cabe então, ressaltar o papel do AFT na rastreabilidade da utilização dos medicamentos por PVHIV/AIDS que geram frequentes problemas de insegurança, prevenindo as interações medicamentosas e/ou com alimentos e no manejo das reações adversas. Este fato foi verificado no presente estudo com a observação de um considerável quantitativo de interações em potencial entre os ARV e os demais medicamentos (10,98%; n=692).

No Brasil, as interações medicamentosas entre os ARV, outros medicamentos, alguns fitoterápicos, álcool e drogas ilícitas estão sendo alvo de interesse de especialistas da área

(BRASIL, 2010a; COSTA, 2012). No entanto, estudos relatando o acompanhamento farmacoterapêutico e a frequência de interações consideradas clinicamente importantes nos pacientes e seu manejo são pouco descritos (SECOLI, 2001). Durante este AFT, foram detectadas 76 potenciais interações entre os medicamentos e a TARV (10,98%; n=692), com 31 pacientes com perfil de relevância clínica maior (40,70%; n=76), 34 com relevância moderada (52,63%), três com relevância menor (3,95%) e, surpreendentemente, foram encontradas oito interações classificadas como *contraindicadas* pela literatura (10,52%; n=76), sendo estas informadas ao médico infectologista que suspendeu/trocou os medicamentos em questão.

Ainda permeando essa questão do uso irracional de medicamentos, em relação ao hábito de indicar medicamentos para outras pessoas (amigos, familiares), 21,0% dos entrevistados afirmaram ter o costume de indicar medicamentos para terceiros. Esse costume da medicalização em nossa sociedade alertado por ZACKIEWICZ (2003) e LOYOLA (2008) desperta a importância da implantação de estratégias mais efetivas para promoção do uso racional de medicamentos, o qual se configura como um dos pilares filosóficos da AF (OPAS, 2002).

Acerca da presença de problemas gerais que pudessem interferir na TARV, dentre os relatados, questões logísticas como a ruptura de estoque e o desabastecimento dos medicamentos no SAE/CEMJA (5%, n=5); as dificuldades de comunicação e os transtornos psicossociais (fato de se sentir deprimido) com 4% (n=4); e a restrição de tempo no cumprimento dos horários de administração dos medicamentos foram os descritos pelos entrevistados. Em um estudo de revisão realizado por VENTURA (2006), a limitação de tempo, “*estar muito ocupado ou fora de casa*”, é citado como uma das principais razões capaz de interferir na adesão à TARV, bem como a depressão. Os problemas psicológicos, como depressão e desesperança, também foram relatados por SCHMITZ et al (2000) e SEIDL et al (2007) como fatores responsáveis pela falta de adesão total ao tratamento, juntamente com fatores étnicos, uso de drogas, fatores sócio-econômicos e culturais.

Quando abordados em relação ao nível de conhecimento sobre as possíveis complicações da doença, 42,0% (n=42) relataram desconhecer ou ter conhecimento pouco ou regular em relação a esse aspecto. Esse indicador alerta para a valiosa colaboração de uma atenção personalizada e focada nas demandas individuais no âmbito da educação em saúde, como tão bem enfatiza BORGES et al (2012), sobre o caráter indispensável do sexo seguro com uso de preservativos com esclarecimentos apropriados sobre a TARV e as consequências do abandono do

tratamento. Esses dados são de grande importância uma vez que, para ter sucesso na terapia, o paciente deve compreender o processo saúde-doença no qual está inserido, cabendo também ao farmacêutico (SILVEIRA, 2014) fornecer essas informações sempre que detectado esse hiato de conhecimento (VENTURA, 2006).

✓ Conhecimento sobre a TARV

Um dos aspectos mais preocupantes neste contexto que despertou a atenção especial do farmacêutico foi que a grande maioria 62 (62%) dos acompanhados afirmaram ter pouco ou desconhecer sobre o TARV. Não há dúvida da relação direta entre a importância da compreensão e do entendimento pelo usuário do papel da TARV e o sucesso clínico do tratamento, como ressalta SEIDL et al (2007). Já CECCATO et al (2004) discutem sobre os vários fatores que podem levar o indivíduo a não cumprir adequadamente a TARV e destaca a compreensão insuficiente sobre o uso dos medicamentos, bem como a falta de informação sobre os riscos advindos da não-adesão. PAIVA et al (2000) refere que as pessoas não podem tomar os medicamentos corretamente se não sabem como fazê-lo.

Assim, fornecer informações sobre os medicamentos constitui uma atividade fundamental na promoção da adesão. Esses autores citam, ainda, que uma comunicação inadequada entre o paciente e o profissional de 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.

Muitas pessoas que fazem uso da TARV desconhecem os princípios das ações dos ARV e não entendem o significado da ação e cinética do medicamento. Sem orientações sobre o assunto, elas não têm como saber que, em alguns casos, para MELCHIOR (2000) é um dano menor atrasar a tomada dos medicamentos do que deixar para tomar totalmente por alguma razão, ou ainda dobrar a quantidade do medicamento na próxima dose, em casos de esquecimento, por exemplo.

✓ Esquemas da TARV

Em relação aos esquemas terapêuticos, foi observado o uso de quinze tipos de esquemas diferentes, sendo o predominante 44,0% (n=44), o esquema zidovudina + lamivudina +

efavirenz (AZT+3TC+EFZ). Observa-se uma quase ausência de prescrição do abacavir, o que pode ser justificada, em parte, pelo desabastecimento nacional deste ARV em grande parte do período do estudo (Nota Técnica nº 362/09-SVS/MS). Esse padrão prescritivo está alinhado ao Consenso Brasileiro para Tratamento de Infecção pelo HIV em Adultos, estabelecido pelo MS em 2008 e atualizado em 2010 (BRASIL, 2010a).

Até então, de acordo com o Consenso Brasileiro em AIDS (BRASIL, 2010a), o TARV está indicado para todos os pacientes infectados pelo HIV, sintomático ou assintomático, que apresentam contagem de linfócitos T CD4+ abaixo de 350/mm³. O início da terapia deve ser considerado, portanto, conforme a evolução dos parâmetros imunológicos, virológicos e outras características do paciente.

Em sua última atualização, BRASIL (2013), alinhado com a tendência dos últimos anos da literatura, como o estudo SMART (2008), as coortes CASCADE (2006) e HIV-CASUAL (2011), vem apresentando resultados que recomendam o início mais precoce da TARV, pois considera, além dos benefícios diretos relacionados à redução da morbimortalidade em PVHIV/AIDS, também a diminuição da transmissão da infecção e o impacto na redução da tuberculose, a qual constitui principal causa de óbitos entre estes infectados no Brasil. Assim, há a recomendação de iniciar o TARV dos indivíduos assintomáticos com linfócitos T CD4+ menor ou igual a 500 células/mm³ e linfócitos T CD4+ acima de 500 células/mm³ na coinfeção pelo vírus da hepatite B (HBV). Já em indivíduos sintomáticos, a TARV está indicada para todos os pacientes independentemente da contagem de linfócitos T CD4+.

Nesse novo protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Adultos Vivendo com HIV/AIDS do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), também se discutiu que pessoas com reconstituição imune, em uso de TARV precoce, que mantém contagens de linfócitos T CD4+ acima de 500 células/mm³ e carga viral indetectável, atingem expectativa de vida semelhante à da população geral. Ressalta-se que, quando o tratamento é iniciado precocemente, aumentam-se as chances de se alcançar níveis elevados de linfócitos T CD4+.

Os medicamentos recomendados para iniciar a TARV devem compor esquemas eficazes, geralmente mais simplificados, menos tóxicos e de menor custo ao sistema de saúde. Os esquemas preferenciais recomendados na atualização governamental permanecem constituídos por dois Inibidores de Transcriptase Reversa Análogo de Nucleosídeos (ITRN), como a zidovudina e a lamivudina, e um Inibidor de Transcriptase Reversa Não-Análogo de Nucleosídeos (ITRNN),

como o efavirenz. O uso de Inibidor de Protease (IP) está indicado, mas como uma alternativa, sendo recomendado com associação ao ritonavir (BRASIL, 2013).

Neste estudo, foi comprovada a alta adesão ao protocolo federal, com o uso do esquema terapêutico de dois ITRN e um ITRNN em uma significativa parcela (44%) dos 100 indivíduos acompanhados, valor próximo ao encontrado por SILVEIRA (2010), no grupo que recebia AFT em um ensaio clínico randomizado no Serviço Ambulatorial do Hospital das Clínicas de Porto Alegre. Ressalta-se que 31,0% já iniciaram o TARV com, pelo menos, um IP associado na primeira linha, podendo ser justificado devido à avaliação clínica e laboratorial realizada pelos infectologistas do serviço que se enquadravam nos critérios de inclusão para o uso desse tipo de ARV.

Autores como SANTANA (2009) e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) ressaltam que a associação zidovudina/lamivudina (AZT/3TC) é uma das mais estudadas em ensaios clínicos randomizados: apresenta eficácia e segurança equivalentes a outras combinações de dois ITRN/ITRNt, sendo habitualmente bem tolerada. Está disponível em coformulação no SUS, o que contribui para uma maior comodidade posológica, devendo-se ingerir 1 comprimido 2 vezes ao dia, fator chave que favorece a adesão. É amplamente prescrita pelos infectologistas, apresentando menor custo comparativo dentro da classe. Tem produção no parque fabril da indústria farmacêutica brasileira, o que fortalece a sustentabilidade do acesso universal, o que não se pode perder diante de uma discussão política-social no âmbito do cuidado às PVHIV/AIDS.

A lamivudina foi o fármaco mais utilizado nos esquemas iniciais de TARV do SAE/CEMJA e no estudo das Ilhas Caribenias e América Latina de CESAR *et al* (2010) e apresentou menor número de substituições.

Este padrão de alta adesão ao protocolo governamental é visto em outros trabalhos nacionais (CECCATO *et al*, 2008; SANTANA *et al*, 2009; FELIX *et al*, 2012), podendo ser atribuído ao fato de os SAE serem exclusivos em Unidades Públicas de Saúde e ao modelo de política de acesso universal à TARV implantada no Brasil que facilitou a sensibilização e a coesão entre os prescritores, o que não é tão harmônico em outras práticas, tomando em conta um país de dimensões continentais e realidades tão díspares, como o nosso.

Motivos de Troca da TARV:

Quando se estuda a utilização dos ARV e seus fatores inter-relacionados, não se pode deixar de investigar quali-quantitativamente o perfil das trocas dos esquemas da TARV. Neste trabalho, entre os 100 pacientes que concluíram o AFT, cerca de 1/3 (29%) necessitaram mudar o esquema iniciado como padrão de terapia ARV. Observou-se que houve, ao longo dos nove meses de AFT, a necessidade de troca terapêutica em até cinco linhas de tratamento. Sendo o esquema AZT+3TC+LPV/r o mais frequente quando da primeira troca e o mais substituído foi o esquema AZT+3TC+EFZ, sendo este o regime mais prescrito inicialmente na população estudada.

O principal motivo da mudança, em todas as linhas de tratamento instituídas, foi o desencadeamento das Reações Adversas aos Antirretrovirais (RA-ARV), ocorridas principalmente no período inicial de adaptação à TARV, ratificado por ALFARO et al (2012) como um momento crítico para surgimento das RA-ARV e falha na adesão. Apenas um (2,2%) dos pacientes teria iniciado a TARV com um esquema contra-indicado (AZT+3TC+EFZ) para o quadro clínico, que, no caso, foi a longa história de depressão e o uso abusivo de álcool não relatados ao médico infectologista, apenas ao farmacêutico. Após a detecção desse quadro depressivo, foi realizada a troca do esquema. Os pacientes detectados pelo farmacêutico com uma grande dificuldade em aderir à terapia por questões bio-psico-sociais ou vulnerabilidade econômica, eram acompanhados através de uma interação com médico para buscar uma estratégia no plano de administração e, caso não houvesse uma solução efetiva, era sugerida a troca por um esquema de maior simplificação posológica.

Existem poucos estudos detalhando a problemática das trocas de TARV durante o primeiro ano de tratamento, sendo muitos dos artigos voltados a fatores associados à não adesão, problema comum entre países desenvolvidos ou em desenvolvimento como é lembrado por BONOLO; GOMES; GUIMARÃES (2007), dificultando a correlação entre resultados e uma discussão mais aguçada sobre temática. Estudos durante o início de TARV seriam de grande valia, visto que, quanto mais precoce a detecção de problemas relacionados à farmacoterapia antiretroviral, menor a probabilidade do aparecimento de cepas resistentes (HOSSEINIPOUR; SCHECHTER, 2010) e de outros problemas associados, que tornam difícil o tratamento. MUKHERJEE, et al (2006) e ALFARO et al (2012) relembram que pacientes que permanecem em

TARV inicial por mais de 1 ano apresentam menos falhas terapêuticas, morte e tem maior sucesso no tratamento.

Nossos achados de causalidade quanto a este aspecto corroboram com as escassas publicações da literatura. Um trabalho exploratório feito por LIMA (2010) em um hospital de referência no tratamento de PVHIV/AIDS no estado do Ceará em 2008, encontrou como principal motivo das solicitações de mudanças de TARV as RA-ARV, assim como em estudo feito na Suíça e Sul da África (KEISER *et al*, 2008), nas ilhas caribenhas e América Latina (CESAR *et al*, 2010).

Uma questão levantada por este último autor neste aspecto da segurança da farmacoterapia da infecção pelo HIV é que, o tratamento das doenças oportunistas que acontece simultaneamente com a TARV nos pacientes com AIDS, provavelmente, afeta a tolerância aos ARV, aumentando o risco de toxicidade (CESAR *et al*, 2010).

Assim, neste estudo, os fármacos trocados em relação ao perfil sócio-demográfico e ao estilo de vida não apresentaram nenhuma relação estatisticamente significativa nos grupos. Contudo, foi ratificada a grande incidência e relevância das reações adversas, principalmente nos primeiros meses do tratamento (SANTANA *et al.*, 2009) como motivos de troca.

Isto pode ser um fator decisivo para desmotivar o paciente no pleno e correto cumprimento da TARV e, assim, falha na obtenção dos resultados clínicos pretendidos, uma vez que a literatura mostra cada vez mais a importância da adesão à terapia precoce e da sua persistência (CASCADE, 2006; LIMA, 2010; HIV-CASUAL, 2011; BRASIL, 2013), tendo o farmacêutico como um grande aliado no fortalecimento do alcance desse objetivo (ALFARO *et al.*, 2012).

6.3. CAPÍTULO 3: Discussão dos resultados do cuidado farmacêutico através da análise dos indicadores farmacoterapêuticos, clínico-laboratoriais, e humanísticos durante o AFT das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHIV/AIDS)

6.3.1. Análise dos Indicadores Farmacoterapêuticos

PRM

Buscando CIPOLLE et al (2000) e ARAÚJO (2005), o eixo filosófico e operacional da AF baseia-se na obtenção de resultados terapêuticos desejados, otimizando a farmacoterapia, minimizando os potenciais e/ou reais agravos através da resolução dos PRM e direcionando uma atividade clínica para o farmacêutico, tendo o paciente como o ponto central para a solução dos seus problemas com os medicamentos.

No AFT às PVHIV/AIDS, a avaliação dos PRM e o manejo desses problemas é o cerne das IF realizadas segundo os autores HORACE et al (2010) e SILVEIRA (2014). No processo de cuidado realizado neste trabalho, foram catalogados 961 Problemas de Saúde (PS), com uma incidência de 857 (89,4%; n=961) PRM e média de 8,57 PRM/paciente. Nos resultados de ensaio clínico realizado por COSTA (2012), a aplicação de um serviço de AFT para PVHIV/AIDS inicialmente identificou 216 PRM, com uma média um pouco inferior de 5,02 [4,02-6,03] PRM/paciente. Após um ano de AFT, foram identificados 133 PRM com média de 3,09 [2,43-3,75] PRM/paciente. Esta redução, de 38,43% entre os PRM iniciais e finais, foi estatisticamente significativa com $p=0,0001$.

Em relação ao aparecimento do problema, a maior parte foi potencial 579 (67,6%) e os demais 278 (32,4%) foram classificados como reais. Esses achados se alinham com os relatos de HEELON et al (2007), que enfatizam ser os Problemas Relacionados aos Medicamentos Antirretrovirais (PRM-ARV), em sua grande maioria, potenciais e passíveis de IF, como sugerido por MAGALHÃES (2011) em se tomar EFV à noite ao invés de se tomar pela manhã, minimizando os efeitos no sistema nervoso ou ainda mudar o horário de tomada do LPV/r para os horários após a refeição levando a uma melhor absorção ou ainda, diminuição dos efeitos adversos – diarreia, epigastralgia e náuseas.

Quanto aos ARV mais envolvidos com PRM, foi detectada uma incidência maior desse indicador farmacoterapêutico em relação ao esquema zidovudina + lamivudina (AZT+3TC), seguido do efavirenz (EFZ), lopinavir (LPV) + ritonavir (RTV). Esse fato pode ser pensado em primeiro plano, por sua maior densidade de prescrição/utilização nos esquemas de TARV nesta população, o que vai de encontro aos protocolos do MS (BRASIL, 2013). Ainda há que se considerar o grande potencial de desencadeamento de IM gerado pela associação AZT+3TC, como enfatizado no trabalho de SANTANA et al (2009), e de reações adversas no Sistema Nervoso Central pelo EFZ, bem como no trato gastrointestinal pelo LPV/r (De MAAT et al, 2004; BALIGH et al, 2012).

Analisando sob a perspectiva das categorias de PRM, de acordo o II Consenso de Granada (2002), encontrou-se um valor importante entre os problemas de *necessidade* – PRM 1 (necessidade de utilização de tratamento farmacológico) com 321 observações e os de *segurança* na TARV - PRM5 (insegurança qualitativa) em 311 casos. O PRM 4 (inefetividade quantitativa) apareceu como terceira causa de problema farmacoterapêutico em relação aos ARV com 161 verificações. Assim, agregando a não adesão total (PRM 1) e as subdoses por adesões irregulares (PRM 4), foi constatado um elevado índice de problemas relacionados ao cumprimento da TARV, quer de forma real ou potencial. Nesta última condição vivenciada neste trabalho, foi possível ao farmacêutico lidar com esta falha terapêutica estratégica e minimizar um futuro desfecho clínico desfavorável. VIKTIL e BLIX (2008) mostraram que cerca de 50-80% dos problemas farmacoterapêuticos são previsíveis e, assim, pode-se considerar que as IF podem ser resolutivas e preventivas no auxílio para diminuir significativamente a incidência dos PRM iniciais, porém seus resultados, não foram suficientes para resolver todos os problemas identificados.

Neste contexto, TEJEDO *et al* (2002), estudaram os PRM em pacientes em uso de TARV e encontraram uma incidência mais expressiva relacionada aos 399 pacientes estudados: 59,92% de problemas por necessidade (PRM 1) e inefetividade quantitativa (adesão irregular à terapêutica ARV); 27,27% de problemas relativos à segurança não quantitativa dos ARV, PRM 5 (reações adversas); 9,5% de problemas ligados à necessidade – uso de medicamentos não necessários (*automedicação*) e 1,65% para outros problemas como: altas doses de ARV (segurança), ou alguma outra enfermidade associada – infecções oportunistas, depressão, etc – que não estavam sendo tratadas. Os PRM, no que se refere à adesão, mostraram-se em destaque nos grupos

adaptados, quando comparados com os problemas dos ARV relacionados à segurança qualitativa em PVHIV/AIDS que estão início para infecção por HIV, no estudo citado.

Autores já têm demonstrado a alta incidência de RA-ARV (aproximadamente 33,7%) (PÁDUA et al. de 2006). No presente trabalho, os problemas de segurança representaram uma proporção significativa, tanto na categoria de PRM (PRM 5 = 36,29%; 311/857) de acordo com o II Consenso de Granada (2002), como também como causa direta de PRM. Este fato pode ser pensado, em grande parte, devido a esse acompanhamento estar se tratando de PVHIV/AIDS em início de TARV, diferentemente de outros estudos, como o de TEJEDO et al (2002) que já monitoravam pacientes em tratamento continuado. FIGUEIREDO et al (2001), BRASIL (2008) e MAGALHÃES (2011) ressaltam que é neste momento primeiro de experimentação da TARV que se tem uma maior frequência de aparecimento das RAM.

MONTESSORI et al. (2004), concluíram que mais de 25% dos pacientes descontinuam o uso inicial de *HAART* por falha no tratamento, sejam estes a inabilidade de suprimir a replicação viral do HIV e grande parte por efeitos tóxicos ou a inconformidade com os primeiros meses de terapia. A problemática da relação entre a adesão e o surgimento dos efeitos adversos da TARV, levando a sua falência, continua sendo um dos pontos emblemáticos no cuidado às PVHIV/AIDS ainda não resolvidos (CESAR, et al.,2010).

Como lembrado por MURPHY (2003), CECCATO et al (2004) e RESENDE et al (2012), uma vez ainda não havendo uma cura definitiva para a infecção pelo HIV-1, a redução ou a amenização dessa doença é realizada pelo uso de agentes ARV por um período indefinido de tempo. Durante esse momento, a probabilidade de se desenvolver efeitos adversos ou tóxicos é relativamente alta e, os ARV usados para aumentar a sobrevivência dos pacientes infectados pelo HIV, estão fortemente associados a efeitos indesejados a curto, médio e longo prazos, o que dificulta a adesão e a persistência no tratamento.

Por outro lado, foi contundente também a validação através dos resultados encontrados neste AFT da problemática envolvendo o correto cumprimento (PRM 1 e 4) ao plano terapêutico e todas as suas interfaces. Daí, as recomendações propostas por MORIEL et al, (2011) e SILVEIRA (2010) no estabelecimento de estratégias, como o AFT e o fortalecimento das existentes (BLATT et al, 2009) que busquem a *persistência à adesão* (REGINSTER, 2006) à TARV na primeira fase e

na continuidade, monitorando a efetividade da TARV com a redução da carga viral e elevação do linfócito T CD4+, devem ser seguidas no cuidado às pessoas com HIV/AIDS.

Uma das causas mais frequentes de PRM de necessidade evidenciada foi a *não adesão* ao tratamento farmacológico (*não adesão* voluntária = 121 casos e *não adesão* involuntária = 37 observações), de acordo com o II Consenso de Granada (2002). A problemática de aderir corretamente à HAART é bem característica na população soropositiva por HIV e ganha dimensões diversas, desde o campo farmacológico, econômico até ao bio-pisico-social, como foi estudado por GIR et al (2005) que encontrou em seu estudo exploratório entre as 377 principais causas de problemas relacionados à não adesão: *características dos comprimidos* (sabor, tamanho, quantidade - 151;40,0%), *efeitos colaterais intensos* (54;14,4%), *fatores psicológicos relacionados à terapêutica* (52;13,7%), *nenhum* (44;11,7%), *diferentes horários de medicamentos* (41 10,8%), *necessidade de jejum* (18;4,8%), *abstinência alcoólica* 14 3,8% e *necessidade de ingestão hídrica aumentada* (03;0,8%)

Essa situação de baixa aderência à farmacoterapia ARV, que ainda será mais explorada em um bloco posterior, é fonte comum para PRM-1, como relatado em um ensaio clínico de um AFT envolvendo PVHIV/AIDS no Rio Grande do Sul, no qual o mais incidente foi este tipo problema relacionado à *necessidade*, com 50 casos dos 94 PRM observados no grupo intervenção (SILVEIRA, 2014). Esta autora refere também que esta categoria de PRM é de mais fácil abordagem e, geralmente, rápida solução.

O PRM 4 catalogado com a terceira maior incidência (161 notificações) entre os problemas relacionados aos medicamentos nesta pesquisa, toma-se de uma grande importância no contexto desse público-alvo em virtude de que a adesão irregular (*subdoses*) é forte causadora do desenvolvimento de resistência viral à TARV, pois é sabido de muitos anos (ACURCIO e GUIMARÃES, 1999) que essa relação de causalidade na falha de adesão leva ao desenvolvimento de resistência e a mutações genéticas desses vírus. Como validado posteriormente por RACHID e SCHECHTER (2004), a irregularidade no cumprimento da TARV é um fator negativo importante para o desenvolvimento de estirpes virais do HIV-1 multirresistentes. GOMES (2012) ratifica semelhante preocupação em que a má adesão gera falências, possibilitando a emergência de estirpes virais resistentes, comprometendo o prognóstico do indivíduo.

6.3.2. Intervenções Farmacêuticas

Em consequência à elevada incidência de PRM detectados durante o AFT neste trabalho, foi realizado um considerável número de IF (n=963) na tentativa de resolvê-los. Ressalta-se que um PRM poderia necessitar de uma ou mais IF. Da totalidade de intervenções, as mais realizadas pelos farmacêuticos do CEMJA foram as relacionadas à educação dos pacientes em 663 oportunidades (68,85%), sendo 318 (33,00%) para reduzir o abandono voluntário. Esse subtipo de IF foi o mais frequente segundo a escala de SABÁTER (2005), fato típico com esse público-alvo e, para BORGES et al (2012), todo o time multidisciplinar deve otimizar os esforços e estratégias para que haja o fortalecimento do processo de adesão à farmacoterapia ARV.

Resultados semelhantes, em relação às IF mais realizadas, foram encontrados em um artigo publicado por TEJEDO *et al* (2002) que verificaram que do total de PRM relativos à TARV observados que culminaram com a realização de 632 IF, 49,3% foram de caráter educativo (*veicular informação ao doente ou aos seus familiares e ao resto da equipe de saúde, contribuindo para um uso mais racional do medicamento e promover a adesão ao tratamento*), 22,9% de caráter preventivo (*medidas tomadas para evitar os erros de medicação e para prevenir RAM (Reações Adversas aos Medicamentos)*), e 27,7% de otimização do tratamento farmacológico (*sugerir adicionar um ou mais fármacos, suspender um ou mais fármacos ou substituir um ou mais fármacos e intervir no ajuste da posologia (aumento ou diminuição da dose e/ou alteração do intervalo posológico)*).

Além da relevância que a compreensão do papel da adesão à TARV exerceu nesta população estudada, a categoria “*Educação dos pacientes*” obteve o maior número de intervenções, podendo também estar relacionado ao nível de escolaridade dos pacientes, que foi considerado baixo, uma vez uma parcela significativa dos entrevistados possuía apenas ensino fundamental, tornando necessário, muitas vezes, a adoção de medidas educativas que ressaltassem a importância do tratamento e o correto cumprimento ao mesmo.

Devido à complexidade do acompanhamento farmacoterapêutico a PVHIV/AIDS sob TARV, que requer intervenções ainda mais personalizadas, houve a demanda por ações pontuais e específicas, que não estavam diretamente relacionadas com o tratamento farmacológico. Essas foram compiladas na categoria 3, subtipo 3D-outras (14,10%; n=136/963 das IF), adaptado de SABATER et al (2005). Neste AFT, o encaminhamento ao médico de 68 pacientes (49,64%;

n=137) foi a que mais se apresentou devido à necessidade de muitas intervenções serem na modificação do plano farmacoterapêutico (dose, concentração, substituição, suspensão, acréscimo, outros), fato este que só pode ser realizado pelo médico prescritor.

Nesta categoria, foram agrupadas as intervenções mais humanísticas do processo de cuidado farmacêutico, através do suporte em *aspectos bio-psico-sociais* e na *qualidade de vida* 36 (26,28%) e, por fim, os *encaminhamentos a outros profissionais de saúde* como psicólogos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, outros, com 33 casos (24,09%). Ressalta-se aqui a importância do trabalho multidisciplinar, principalmente quando se enfrenta um desafio tão complexo como é o manejo relacionado à infecção por HIV que leva a condições simultâneas e seus efeitos sobre o indivíduo. Para ilustrar uma das IF nesta perspectiva tem-se: F.M.X., sexo feminino, com diagnóstico de alergia à látex, mantinha relações sexuais com seu parceiro, soro discordante, sem uso de preservativo. Assim, a farmacêutica do serviço de atenção farmacêutica às PVHIV/AIDS realizou junto à Coordenação Municipal de DST/AIDS a aquisição de preservativos em poliuretano.

BORGES et al (2012) corrobora com o papel fundamental que exerce o trabalho em equipe junto às PVHIV/AIDS, assumindo destaque a partir da implantação SAE em HIV/AIDS pelo MS. Foram estabelecidos padrões mínimos de funcionamento quanto à estrutura do cuidado, incluindo, entre outros requisitos, a existência de uma equipe mínima, visando a oferta de uma assistência humanizada e de qualidade, baseada na integralidade da atenção à PVHIV/AIDS (BRASIL, 2014).

No entanto, este cenário ainda está longe do ideal. BORGES et al (2012) relata em seu artigo que na opinião de gestores, o trabalho em equipe nos SAE atualmente é falho por falta de recursos humanos e por falta da “cultura” para introduzir e manter o trabalho em equipe interdisciplinar. Afirmaram que a visão da saúde ainda é fragmentada, que não há uma visão do todo, a qual possibilitaria a realização de uma ação mais ampliada.

Nesse sentido, corrobora-se com o pensamento de MORIEL et al (2011); SILVEIRA (2010) e LORSCHIEDER et al (2012) em que urge a implantação do Serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico a PVHIV/AIDS, para que esta condição da integralidade humanizada no cuidado se estabeleça e os problemas relacionados à farmacoterapia e, conseqüentemente, aos desfechos clínicos sejam minimizados.

Assim, o elevado número de PRM e IF realizadas ao longo do estudo reforça a importância do AFT na detecção, resolução e prevenção de problemas relacionados à TARV e o papel do farmacêutico junto às demandas peculiares de cada PVHIV/AIDS. O fato de o PRM 1 (associado à adesão) e o PRM 5 (associado às reações adversas) terem sido os mais frequentes, se alinha com a literatura na área que mostra uma maior incidência destas duas categorias variando entre os trabalhos publicados (JIMÉNEZ, 2010; SILVEIRA 2014; COSTA, 2012) pelas características do próprio tratamento, uma vez que o mesmo apresenta diversos fatores que dificultam a adesão à TAR, destacando, entre eles, a presença de efeitos adversos.

Torna-se importante relatar que o real impacto de todas as IF sugeridas, muitas por ter o caráter educativo e as que foram direcionadas aos médicos, só tiveram a análise de aceitação através do relato dos pacientes no atendimento farmacêutico seguinte. As IF escritas que tiveram análise de *feedback*, puderam ser checadas pela verificação de mudanças na prescrição, sendo observada, em algumas ocasiões, a ausência do retorno do informe farmacoterapêutico de contra referência pelo paciente após seu envio para entrega durante a consulta médica, situação que facilitaria a verificação da aceitação da intervenção, em reforço às alterações contidas na prescrição. Para tanto, sugere-se a discussão para a inclusão dos instrumentos de documentação e registro que estimulem a descrição do AFT pelo farmacêutico, como também maior sensibilização desta estratégia junto à equipe multidisciplinar.

Quanto ao meio de comunicação utilizado para realizar a intervenção, verificou-se que o verbal/presencial foi o mais aplicado em praticamente metade das IF sendo usado em 344 dos casos (57,8%), seguido da verbal/telefone em 160 casos (22,44%). Cabe informar que o número de 713 comunicados realizados para 963 IF sugeridas se deve ao fato que uma comunicação poderia contemplar mais de uma intervenção. A atuação mensal e sistemática do farmacêutico através do AFT das PVHIV/AIDS foi contínua e isso é refletido nas intervenções focadas na educação para a promoção da adesão à farmacoterapia de forma *presencial* junto aos mesmos, o que foi observada no maior predomínio desta categoria.

Esse fato é discutido por SILVA et al. (2007) e reforçado pela literatura que cita a comunicação entre pacientes e farmacêuticos, como uma ferramenta na identificação e redução dos problemas relacionados à farmacoterapia (BERGER et al, 2005; LYRA JR. et al, 2007; MACKELLAR et al, 2007). Em 1997, a Organização Mundial de Saúde elaborou o relatório “*Preparando o Farmacêutico do Futuro*” (WHO, 1997) afirmando que este profissional deve

adquirir diversas competências e habilidades, dentre as quais a comunicação, pressuposto indispensável para que a fase de intervenções, em especial as educativas, sejam efetivas.

Esta foi uma das fases mais vivenciadas no processo de cuidados farmacêuticos das PVHIV desse AFT. Nela, o farmacêutico transmitiu os conhecimentos direcionados para as necessidades específicas de cada usuário quanto ao uso racional dos medicamentos, e assim, buscou obter o máximo benefício, otimizando a terapia ARV. Para tanto, de acordo com CODINA et al, (1992; FELKEY e BERGER, (1996); MURPHY e COSTER, (1997); CODINA et al, (1999) e LYRA JR, (2005) é útil usar instrumentos eletrônicos (*software*) (ZARY et al, 2006) e outras ferramentas de apoio (COSTA et al, 2012) para facilitar este trabalho.

Segundo esses autores, torna-se otimizado o processo informativo com a junção dos meios de informação, tanto o escrito quanto por via oral, a fim de que o paciente possa rever a qualquer momento, em sua casa/trabalho, qualquer aspecto do tratamento, resgatando pontos estratégicos da farmacoterapia e de educação em saúde informados durante a orientação farmacêutica. CODINA et al (1999) relembra que as informações fornecidas devem ser de fácil compreensão, sempre utilizando uma linguagem simples e, sempre que possível, utilizando imagens gráficas adequadas através de instrumentos impressos (folders), como foi realizado neste estudo com o instrumento de Orientação Farmacêutica para PVHIV/AIDS.

6.3.3. Adesão

De acordo com o MS, em um dos seus instrumentos técnicos para subsidiar a atenção às PVHIV/AIDS (BRASIL, 2008a), aderir transcende a simples ingestão de medicamentos e inclui outras exigências. Entre estas, o fortalecimento do vínculo do indivíduo com HIV junto a equipe de saúde, o acesso à informação, o acompanhamento clínico-laboratorial, a adequação aos hábitos e às necessidades individuais e o compartilhamento das decisões relacionadas à própria saúde. Este manual ainda refere a habilidade do portador em seguir as prescrições e recomendações a ele propostas e, também, o entendimento dos benefícios advindos do tratamento.

Entende-se, assim como COLOMBRINI et al (2006), que a não-adesão à *HAART* é um dos mais ameaçadores perigos para a efetividade do tratamento no plano individual e para a disseminação do vírus-resistência no plano coletivo. Isto porque os novos regimes terapêuticos parecem exigir do indivíduo que adere ao tratamento uma integração complexa entre

conhecimentos, habilidades e aceitação, além de outros importantes fatores ligados ao ambiente e ao cuidado à saúde (TEIXEIRA et al, 2000). Isto evidencia que, como em outras doenças crônicas, na infecção pelo HIV/AIDS é fundamental haver uma interação entre o indivíduo/cuidador e a equipe multiprofissional, de forma a favorecer que a complexidade que envolve a continuidade do tratamento possa ser devidamente compartilhada (BRITO, 2012).

Nessa direção, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003) apresentou pesquisas em países desenvolvidos que revelaram a média de adesão a terapias de longa duração de 50%, e esta taxa que revela a dificuldade na adesão está bem documentada na literatura, mostrando-se ainda menor nos países subdesenvolvidos (HAYNES et al., 1996; SAWYER et al, 2003; CHATKIN et al, 2006). Este índice, ainda longe do ideal para o correto cumprimento da farmacoterapia, resulta em sofrimento, diminuição da qualidade de vida dos portadores dessas enfermidades e em altos custos para o sistema de saúde, que poderiam ser minimizados com a implantação de estratégias de monitorização desse componente-chave da terapia: *a adesão*. (WHO, 2003; CHATKIN et al, 2006).

Neste contexto, BRITO (2012) pondera que a adesão e a eficácia do tratamento estão atreladas a um processo dinâmico, interativo e contínuo. Essa perspectiva também é ratificada por BONOLO et al (2007) que afirma ser o dilema do enfrentamento da adesão à TARV um problema com determinantes multifacetados, envolvendo tanto os profissionais de saúde como o indivíduo com HIV, e é influenciado por fatores inerentes à doença, ao tratamento, à equipe de assistência, à rede social e ao modo como essas PVHIV/AIDS enfrentam suas possibilidades para obter uma melhor qualidade de vida (CHESNEY et al, 2000; MONREAL et al, 2002; WHO, 2003; MONTESSORI et al, 2004; MAGALHÃES, 2011). Portanto, uma avaliação mais acurada possível da adesão e de seus fatores associados com a não-adesão do paciente à terapia antirretroviral torna-se uma prioridade para os profissionais de saúde, sendo fundamental para um adequado planejamento do tratamento (HENDERSON et al., 2011; LORSCHIEDER et al, 2012).

Já são bem conhecidos os diferentes métodos de pesquisa para avaliar a adesão ao tratamento (ROMEU et al, 2012), como por exemplo: o auto relato (questionários); a contagem de comprimidos; a utilização de registros de dispensação na farmácia; o monitoramento dos níveis séricos dos ARV, entre outros apresentados anteriormente neste trabalho. No entanto, o que se tem de recomendação sobre esse aspecto é que ainda não há nenhuma medida “padrão ouro” (LIGNANI JR et al, 2001; BLATT et al, 2009; SOARES e SILVA, 2013), haja vista que a adesão

é um fenômeno complexo e passível de mudanças. Assim, este trabalho seguiu a recomendação da literatura na utilização de mais de um método de aferição, principalmente quando algum deles é indireto (NEMES et al, 2000; TEIXEIRA et al., 2000; GOLIN et al, 2002; CARVALHO, et al, 2007; ATKINSON et al, 2009; POLEJACK e SEIDL; 2010; LORSCHIEDER et al, 2012).

Neste sentido, diante da magnitude tomada pela a adesão à farmacoterapia ARV, este indicador farmacoterapêutico recebeu uma abordagem especial e foi analisado separadamente na Ficha de AFT (bloco C), no qual se aferiu tanto a taxa global de adesão, como também aspectos intrínsecos entre os dois métodos escolhidos e aplicados neste estudo, o auto relato (questionário) e o registro de dispensação da Farmácia.

Para um melhor mapeamento situacional e ao longo do AFT, a adesão pelo método do auto relato (questionário – DELGADO e LIMA, 2001) foi verificada no início – momento 1 (2º atendimento farmacêutico) após o primeiro mês de utilização dos antirretrovirais, meio – momento 2 (5º atendimento farmacêutico) e fim – momento 3 (9ª atendimento farmacêutico) do AFT. Neste sentido, o MS ratifica que a adesão é um fenômeno intensamente ligado às experiências vivenciadas ao longo do tratamento e encontra-se suscetível a mudanças durante este período (BRASIL, 2007c).

Segundo GOMES et al (2008), não é um processo linear, o surgimento de dificuldades determina momentos de maior ou menor adesão para todas as pessoas que fazem uso de medicamentos. Portanto, “*ser aderente*” não é uma característica do paciente, mas sim a condição momentânea de “*estar aderente*” (NEMES et al, 2000a). Esse último *status* condicionado por diferentes fatores ganha uma magnitude ainda mais pungente quando encara-se o desafio de “*estar aderente*” nas doenças crônicas como na infecção pelo HIV. O método de registro de dispensação não permite essa análise seriada devido a sua própria lógica operacional que gera uma taxa global ao fim de um período longitudinal de análise (neste estudo de nove meses).

Analisando inicialmente o painel da adesão pelo método do autorrelato, foi verificado que em todos os pontos de avaliação 1, 2 e 3 os índices aferidos foram altos: 92%, 96,7% e 95,7% de PVHIV/AIDS categorizadas como aderentes. Outros trabalhos nessa temática, usando a mesma abordagem metodológica, encontraram taxas de adesão menores, como 74% (LIGNANI JÚNIOR et al, 2001); 81,4% (MARTÍN-SANCHEZ et al.; 2002); 59% (GROSSBERG et al., 2004); 86% (FARLEY et al., 2005). Já a pesquisa de PARRUTI et al. (2006), resultou em dados de adesão através do questionário com valores mais próximos ao corrente estudo, 90%. O estudo de SEIDL

et al, (2007) realizado com base no autorrelato sobre o número de comprimidos/cápsulas prescritos em relação ao de comprimidos/cápsulas não ingeridos, a maioria (n = 73; 72,3%) dos participantes apresentou adesão igual ou superior a 95% no último mês e semana 27,7% (n = 28) e foram incluídos no grupo com adesão insuficiente (perda de comprimido superior a 5% no mês e/ou na semana anterior).

No Brasil, o Projeto ATAR (BRASIL, 2010), primeiro estudo de coorte realizado para avaliar a não-adesão em PVHIV/AIDS, mostrou a incidência acumulada de não-adesão através da utilização do autorrelato de 36,9% e a taxa de incidência pessoas-tempo, de 0,21/100 pessoas-dia. Entre os 113 participantes que tiveram seu primeiro episódio de não-adesão durante o período do estudo, este caiu na primeira, segunda e terceira visita de acompanhamento para, respectivamente, 57,5%, 31,0% e 11,5%, enfatizando o impacto imediato da monitorização supervisionada na orientação correta da TARV dessa população.

Por sua aplicação mais acessível, praticidade na execução da entrevista (MARTINI et al, 2002; SCHÖNNENSSON,2004; SEIDL et al, 2007), facilidade na tabulação/análise dos dados seu menor custo, o autorrelato permanece como um dos métodos mais utilizados na avaliação da adesão de doenças crônicas, como no HIV (BLATT et al, 2009; ROMEU et al, 2012). Uma revisão da literatura do Projeto ATAR (Brasil, 2010) revelou que, a maior parte dos estudos utilizou, como medidas isoladas, o autorrelato (71,0%), seguido pelos registros de dispensação da Farmácia (17,1%). Ainda se utilizaram a contagem de comprimidos (6,8%), dispositivos eletrônicos [Medication Event Monitoring Systems (MEMS)] colocados na embalagem dos ARV (4,0%), registros em prontuários médicos (0,6%) e nível sérico terapêutico (0,6%).

O maior problema apontado para esse método segundo MILSTEIN-MOSCATI et al. (2000); LEITE e VASCONCELLOS (2003); GARBER et al (2004); GUÉNETTE et al, (2005); COOK et al (2005); SOARES e SILVA, (2013) é a superestimativa da adesão, pois o entrevistado pode esconder do avaliador ou do profissional de saúde a forma como realizou o tratamento na realidade, bem como da dependência da memória, do nível sócio-cultural e do relacionamento com a equipe assistencial (em especial com o entrevistador) para acurácia nas respostas (SEIDL et al, 2007; BLATT et al, 2009; ROMEU et al, 2012).

Isto é alicerçada em questões como o constrangimento do entrevistado, medo de alguma forma de represálias, (NEMES et al, 2000) seu desejo de responder se coloca na dúvida da disponibilidade do medicamento (BLATT et al, 2009), o que para LEITE e VASCONCELLOS

(2003) seria um fator de pressão a superestimar a resposta, mesmo que não intencional. Assim, a inquirição faz levar este método a uma superficialidade, em especial para aferir os fatores de não-adesão, quando usado isoladamente.

Quando se analisa os indicadores de adesão pelo autorrelato desta pesquisa (acima de 90% nos três pontos de avaliação), cabe pensar em uma superestimação dos dados que é inerente ao método, como já comentado anteriormente, mas também, pode ser ponderada a perspectiva da potencial influência das características desse público-alvo acompanhado e das estratégias de fortalecimento da adesão aplicadas, como a utilização do *recall* para todas PVHIV/AIDS que atrasaram a partir de um dia a ida ao serviço de atenção farmacêutica para a dispensação dos ARV por meio de até três tentativas telefônicas para estes usuários do acompanhamento.

Além do trabalho individualizado, é importante identificar os pontos críticos de falhas potenciais na adesão, antes mesmo que elas possam acontecer e atender as demandas farmacoterapêuticas de cada uma das pessoas ali atendidas no AFT.

ANDRÉ (2013) aponta o momento da dispensação como uma oportunidade ímpar para o fortalecimento da relação farmacêutico-usuário, sendo essa extremamente importante no reforço da adesão e na identificação precoce de efeitos adversos, principalmente no cenário do tratamento do HIV/AIDS, oferecendo orientação aos utentes sobre os medicamentos, suas interações e a dinâmica da farmacoterapia (BRASIL, 2010). Nesse contexto, segundo os autores citados, o ato da dispensação no AFT das PVHIV/AIDS, pode ser considerado até como uma intervenção que favorece a manutenção da adesão.

Diante do panorama exposto e dos outros fatores citados na literatura anteriormente como a necessidade da utilização de mais de método (BLATT et al, 2009), os valores de adesão encontrados neste estudo, realizados através do autorrelato, poderiam estar superestimados, o que reforçou a necessidade do cruzamento desse tipo de indicador farmacoterapêutico com a análise pelo outro método escolhido nesta pesquisa: o Registro de Dispensação pela Farmácia. Após do cruzamento, os registros do SICLOM confirmaram a superestimativa da adesão obtida com o autorrelato, uma vez que os valores do cumprimento à TARV determinados com o primeiro método foram de maiores (acima de 90% de adesão nas três aferições) que os registrados pelo segundo (76%; n=100 quando avaliada a taxa de adesão pelo Registro de Dispensação da Farmácia e 10%; n=100).

Trabalhos utilizando o Registro de Dispensação encontram valores amplos. GOMES et al (2009) em um acompanhamento em Belo Horizonte de 323 PVHIV/AIDS virgens de tratamento verificou que 57,9% dos indivíduos acompanhados tiveram pelo menos uma retirada irregular e 30,3% dos pacientes abandonaram o tratamento, com taxa de adesão global de apenas 11,8%. Na pesquisa de ANDRÉ (2013), os registros da Farmácia mostraram uma taxa de 59,09% de adesão, sendo categorizados como aderentes àqueles pacientes que tinham um intervalo entre as dispensações menor que 31,5 dias (95% de adesão). Já BRITTO et al (2006), através da análise de registros da farmácia durante seis meses, encontraram um percentual de interrupção de tratamento de 35,9%, com adesão global de 64,1%. Em outras publicações foram determinados valores mais aproximados aos do presente estudo, 74,8% (BOMTEMPO et al, 2000); 76,5% (LIGNANI et al., 2001), 73% (FARLEY et al., 2005); 72% (SALDANHA et al., 2009).

Considerando seus atributos de baixo custo operacional, fácil incorporação ao serviço, boa acurácia (KROUSEL-WOOD et al, 2004; SANTOS, OLIVEIRA, ARRAES et al, 2013), bem como por ainda não haver uma referência universal para avaliar a adesão e tendo o entendimento que todos os métodos disponíveis apresentam alguma limitação metodológica, escolheu-se nessa pesquisa o registro de dispensações da farmácia como indicador para identificar pacientes em risco de não-adesão, cuja utilidade já foi apontada por estudo de GOMES *et al.* (2009), ANDRÉ (2013), SANTOS et al (2013), utilizando a avaliação do tempo transcorrido entre as dispensações para avaliar o cumprimento da farmacoterapia. NEMES *et al.* (2000), ratifica que a associação de métodos é importante, pois com esta abordagem seria possível minimizar as fontes de erro. O papel dos Registros de Dispensação da Farmácia como medida de não-adesão tem sido destacada e inclusive tão precisos como contagens de linfócitos T CD4+ para a detecção de falha virológica (BISSON *et al.*, 2008), o que pode constituir grande impacto econômico em termos de saúde pública, no âmbito do custeio destes exames pelo Programa Nacional de HIV/AIDS (ROCHA et al, 2014).

Ainda, como macro-componente da AF e instrumento-base de inserção para documentação, o prontuário farmacêutico também pode ser utilizado como uma ferramenta para gestão clínica do serviço, favorecendo o processo de busca ativa e planejamento de intervenções que modifiquem a realidade das pessoas em uso de TARV potencialmente não-aderentes (ANDRÉ, 2013). Para minimizar o potencial viés da coleta de dados, a equipe responsável por esta etapa foi intensivamente treinada, porém a possibilidade de subestimativa dos dados clínicos registrados nos

prontuários não pode ser contornada. Tratou-se de um estudo em que os dados não foram coletados diretamente pelo doutorando, já que este tinha o propósito de analisar a implantação do serviço, não causando viés de aferição/coleta e modificando o dado realístico.

Durante os quatro anos de acompanhamento, foram vivenciadas dificuldades operacionais do MS com indisponibilidade do SICLOM por um período de oito meses para consultas retrospectivas, que só não gerou uma descontinuidade no processo sistemático de avaliação do Registro de Dispensação pela Farmácia dos Antirretrovirais devido ao uso das Fichas de Controle de Estoque manuais nas quais eram documentadas todas os quantitativos referentes a cada paciente.

SOARES e SILVA (2013) ressaltam que, embora mesmo pouco utilizada, a avaliação sistemática da adesão através de programas de assistência abre várias possibilidades tanto no campo da epidemiologia como no de planejamento em saúde. Esses autores enfatizam que a partir da análise da adesão, torna-se possível a identificação precoce de uma população com maior risco, a avaliação indireta da qualidade de um programa, a avaliação da logística e do armazenamento de informações, entre outras aplicações. Com o crescente interesse na análise de bases de dados secundários, é esperado que tanto as metodologias de análise de adesão como a qualidade dessas bases sejam aprimoradas num futuro próximo.

A taxa global de adesão neste AFT de 76% leva a pensar que o método do Registro de Dispensação pela Farmácia afere valores de adesão mais próximos da realidade quando comparado com o autorrelato, principalmente quando da análise da não-adesão. Este fenômeno foi demonstrado neste trabalho através dos testes de sensibilidade e especificidade entre os métodos. Observou-se que, em todas as situações testadas, a classificação seguindo o método proposto por DELGADO e LIMA (2001) do autorrelato é bastante sensível, ou seja, detectou com probabilidade alta (96,05%) as PVHIV/AIDS que são aderentes. No entanto, os valores de especificidade são baixos, ou seja, dado que o paciente é não aderente, o método de entrevista direta por questionários semi-estruturados tem probabilidade baixa de detectá-lo.

Em relação à taxa de abandono (10% neste AFT), foram superiores aos valores encontrados por ROMEU et al, (2012) - 1,7%. No entanto, muito próximos dos resultados de ANDRÉ (2013) de 9,09%, que utilizou semelhante método de análise e escala do MS na definição de abandono (interrupção do tratamento acima de 90 dias) e inferior aos 55% de pessoas com HIV que abandonaram a TARV no estudo de FELIX e CEOLIM, 2012. O MS (BRASIL, 2010) destaca as

principais causas de abandono de tratamento, entre elas as que foram verificadas durante esta monitorização: eventos adversos e/ou toxicidades (receio e/ou manifestação de sinais e sintomas); depressão (isolamento afetivo/social e outros transtornos psiquiátricos); uso abusivo de álcool e/ou drogas recreacionais; dificuldades socioeconômicas; falta de expectativa de término de tratamento; ausência de sintomas que justifiquem a terapia, levando-se em conta a cultura da medicina curativa e não preventiva; falta de entendimento sobre a evolução natural da infecção e dos objetivos da terapia; crenças religiosas e a sobrevalorização de terapias alternativas excludentes em relação aos ARV.

Desde 1999, os relatos de ACURCIO e GUIMARÃES mostraram que os efeitos colaterais, a falta de esclarecimento sobre os medicamentos e o grande número de comprimidos a serem ingeridos por dia já eram citados como dificuldades à utilização adequada dos medicamentos e seus impactos negativos na adesão levando ao abandono do uso de ARV. No estudo realizado por LIGNANI JR et al (2001), em Minas Gerais, os pacientes em TARV relataram os efeitos colaterais e a dificuldade em seguir a posologia recomendada (oportunidade de tomadas e esquecimento) como as causas mais comuns de falhas no processo de uso dos medicamentos, o que corrobora com os achados desse estudo nesta direção. Outras publicações (CARVALHO et al, 2003; TEIXEIRA e SILVA, 2008; FELIX e CEOLIM, 2012) ratificaram a influência exercida pelo surgimento das reações adversas e demais problemas de segurança como complicadores da adesão à TARV.

Por outro lado, STONE et al. (2004), em um estudo sobre as percepções de pessoas que fazem o uso de ARV sobre o impacto de dez atributos da TARV na adesão ao tratamento, observaram que o maior impacto esteve relacionado ao número total de comprimidos por dia (quanto menor o número, melhor foi o impacto na adesão), seguido por frequência das doses e efeitos colaterais.

O aparecimento de efeitos adversos dos medicamentos foi apontado como um fator de potencial falha de adesão à terapêutica entre os acompanhados neste trabalho. Esta variável fora já citada pelos pesquisadores em diferentes trabalhos na coletânea sobre adesão publicada pelo MS no Projeto ATAR quando descreveram as principais barreiras à adesão (BRASIL, 2010). De fato, cabe a ponderação de que para um doente assintomático que inicia a TARV de alta potência, as reações secundárias dos fármacos representam uma diminuição na qualidade de vida, o que gera

um desafio para todos os profissionais envolvidos no cuidado às PVHIV/AIDS, em especial, no início da terapia.

Diante desta realidade, a adesão à TARV sobressai entre os maiores desafios de atenção às pessoas vivendo com o HIV (FELIX e CEOLIM, 2012), porquanto demandados seus usuários mudanças comportamentais, dietéticas, em como o uso de diversos medicamentos ao longo da vida, além da necessidade, por parte dos serviços de saúde, de novas estratégias e oferta de atividades específicas voltadas para a adesão (BRASIL, 2008). Logo, a adesão ao tratamento assume grande importância diante da perspectiva de uma vida longa e de qualidade. No entanto, com vistas à obtenção de resultados favoráveis, os pacientes em uso de TARV devem ter acompanhamento com a equipe de saúde periodicamente. BRITO (2012) enfatiza que, nessa fase, a equipe de saúde deve verificar, em especial, se a pessoa está se adaptando ao tratamento. O diálogo revela-se, então, como uma ferramenta fundamental para que o paciente compreenda o esquema terapêutico. Ressalta-se, pois, a importância do trabalho da equipe multidisciplinar (PAIVA, 2011) no apoio ao paciente para lidar com as próprias dificuldades e desenvolver estratégias para o seguimento terapêutico do paciente (CARVALHO et al, 2014), facilitando a adesão à TARV.

Tendo em consideração a alta complexidade dos fenômenos relacionados ao correto cumprimento da farmacoterapia, o estabelecimento de estratégias que visem o incremento da adesão à TARV deve ser realizada com base no perfil dos pacientes atendidos pelo serviço de AFT. Como já mencionado, muitas estratégias têm sido descritas na literatura. Para BLATT et al. (2009) algumas delas devem ser implementadas com rigor, como a formação de grupos de adesão mais efetivos ou grupos de assistência individual que respondam às expectativas e às dúvidas decorrentes do uso dos ARV, o fornecimento gratuito de lembretes, de tabelas de horários, ligações para reagendamento, assim como diários de uso dos medicamentos e *pills-boxes*. Em adição, a literatura aqui levantada apresenta favoravelmente a atuação do AFT na otimização da adesão aos ARV.

VALDERRAMA et al (2012) realizou durante 23 meses AFT de 52 PVHIV/AIDS e mostrou que as IF melhoraram a adesão ao tratamento ARV ($p < 0,001$), assim como melhorou questões de compreensão e percepção do tratamento e da sua doença. LIMA (2013) analisou a influência do AFT nos indivíduos com HIV em Fortaleza-CE comparados com um grupo de usuários que recebiam TARV pelo processo de dispensação tradicional, foi possível verificar que,

houve um aumento de 12,5% no nível de boa adesão para os pacientes do grupo em AFT, quando comparados ao grupo sem acompanhamento, demonstrando que o serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico influenciou de maneira positiva na adesão dos pacientes.

Os resultados obtidos por MARTINEZ (2012) indicam que a adesão à TARV foi maior ($p=1,86 \times 10^{-8}$) e o abandono foi menor ($p=6,095 \times 10^{-11}$) no grupo que recebeu AF. A adesão ao tratamento com TARV não foi menor no grupo que se encontrava em terapia para infecções oportunistas ($p=0,3036$). Outros autores (CANTWELL-MCNELIS & JAMES, 2002; MARCH et al, 2007; SILVEIRA et al, 2010) demonstraram que pessoas com HIV acompanhadas sistematicamente e continuamente por farmacêuticos tiveram uma melhora significativa da linha de base para o final dos estudos em vários indicadores como na adesão, contagem de linfócitos T CD4+ e carga viral, bem como no manejo das reações adversas.

Tendo em consideração que o farmacêutico como um profissional-chave na promoção do uso racional dos medicamentos (MARTINEZ, 2012), a implementação da atividade farmacêutica junto ao usuário, pode contribuir para o cumprimento de maneira estrita do regime farmacoterapêutico prescrito, e em especial aos tratamentos de uso crônico da TARV, e não cumprimento parcial ou total do tratamento medicamentoso é considerado uma das principais barreiras à efetividade do tratamento, ocasionando reflexos negativos na qualidade de vida do usuário do medicamento.

6.3.4. Indicadores Clínico-Laboratoriais – Carga Viral e Linfócitos Cd4

Um dos principais indicadores clínicos dos pacientes HIV+ é a contagem da carga viral e dos linfócitos T CD4 (FELIX e CEOLIM, 2012). Esses dois parâmetros de avaliação imunológica são importantes na determinação de fatores relacionados à terapia medicamentosa e ao prognóstico do infectado, devendo sempre ser associados aos dados clínicos (SANTOS, SILVA, SOARES, 2010). Para identificar sua evolução durante o processo de AFT, ambos foram aferidos no momento inicial (mês 1) e final (mês 9) do cuidado farmacêutico neste público-alvo.

Neste estudo, encontrou-se uma redução média de 89,45% com desvio padrão de 0,28986 na carga viral dos pacientes em AFT. Das 100 PVHIV/AIDS, apenas 48 tinham exames de carga viral no início e final do AFT, sendo a não realização do exame por diferentes motivos, tanto relacionados ao Sistema de Saúde, como também aos fatores relacionados ao paciente, como o não

comparecimento para realizar os testes. Dos que tinham realizado os exames, 90% (n=48) deles tiveram cargas virais abaixo de 50 cópias/ml, índice almejado com uso TARV.

Os valores da carga viral média encontrados na última avaliação (média= 54 cópias/ml) teve uma redução significativa estaticamente ($p < 0,001$) quando comparada aos valores da carga viral média inicial (média = 63.838,71 cópias/ml). Através do AFT, identificou-se que, entre os indivíduos monitorados, atingiu-se uma meta de 90% (n=48) dos mesmo com níveis de carga viral abaixo de 50 cópias/ml, considerada usualmente na prática clínica como indetectável. Inversamente, observou-se que houve um aumento considerável (124,14%) no número de linfócitos T CD4+ em relação à avaliação inicial desses sujeitos monitorados. A aplicação do Teste-t Student com as duas amostras (início e no final do AFT), provou haver diferença significativa em termos estatísticos entre os valores médios desse estratégico indicador clínico-laboratorial. Relatos de pesquisadores da área (GIR, VAICHULONIS, OLIVEIRA, 2005; EIDAM, 2006; SANTOS, SILVA, SOARES, 2010) sinalizam que este padrão de redução da carga viral e elevação do nível de linfócitos T CD4+ são fatores intrinsecamente relacionados à adesão do paciente à TARV, com a possibilidade de valores próximos aos normais nos índices de avaliação imunológica.

A determinação seriada desses indicadores é um preditor de imunocompetência muito utilizado, tendo seu valor aplicado no prognóstico de morbimortalidade e controle de eficácia terapêutica largamente na rotina clínica (CASTRO, GAGLIANI, 2005; CODINA JANÉ et al, 2004; EIDAM, 2006). Publicações na área demonstram que uma baixa contagem de células T CD4+ pode ser um fator de risco relacionado à doença que influencia na adesão do paciente ao tratamento. A literatura busca explicar esta situação por dois fatores: a limitação cognitiva e física e o menor suporte social com que o infectado se depara com o avanço da doença (MELCHIOR et al, 2007; C CODINA JANÉ et al, 2004; GIR, VAICHULONIS, OLIVEIRA, 2005). Em estudos de AFT (RATHBUN et al, 2005; Ma A et al, 2010; ABURUZ et al, 2011; HENDERSON et al, 2011) realizados com pessoas vivendo com HIV, as IF também influenciaram positivamente no prognóstico clínico destas pessoas, por meio de melhora da adesão à TARV e, conseqüentemente, supressão da carga viral e aumento na contagem de CD4+ (MORIEL et al, 2012).

6.3.5. *Satisfação do Usuário*

Na percepção de autores como KOZMA (1995); YELLEN et al, (2002); ARMANDO, UEMA, SOLA, (2005); CORRER et al (2009); ARMANDO (2012), os resultados humanísticos, provenientes do relato dos pacientes, envolvem aspectos relacionados ao tratamento, à doença, ao estado funcional, à satisfação com os cuidados recebidos e à qualidade de vida. Nesta tese de doutorado, foram enfocados os dois últimos aspectos de análise.

Corroborar-se com a linha de pensamento de ESHER et al (2012) no momento da afirmação que estudos de satisfação são úteis como peça-chave para melhor qualificar informações sobre as necessidades, desejos e demandas dos usuários, incluindo a perspectiva de analisar a atuação do cuidado farmacêutico (SINGHAL et al, 2002). Autores citam a satisfação dos pacientes como um fator determinante da viabilidade e sustentabilidade na esfera da qualidade prestada (JOHNSON et al, 1997; SITZIA et al, 1997; URDEN, 2002), atuando como uma medida de resultado humanístico em saúde preditivo da probabilidade de um paciente continuar a usar os serviços de um prestador em particular (IGLESIAS, 2004), fidelizando-se ao mesmo.

Nesse sentido, cabe ponderar que, quando se tratam de doentes crônicos, como as PVHIV/AIDS, os quais são continuamente acompanhados durante as ações do cuidado farmacêutico, a satisfação pode ser considerada como uma variável cumulativa cujos resultados não dependem de um momento específico (SCHOMMER & KUCUKARSLAN, 1997), mas da soma de múltiplos contatos com o serviço de atenção farmacêutica.

Segundo CHEN (2006), cada farmácia poderá efetuar ainda estudos comparativos com farmácias localizadas na mesma área geográfica. Os estudos de SCHOFIELD e BREEN (2006) concluíram que as expectativas com a qualidade do serviço variam de farmácia para farmácia. Assim sendo, é importante que cada região conheça as expectativas, as percepções da qualidade do serviço e a satisfação dos seus clientes locais.

Analisar este indicador de resultado configurou-se como um sinalizador para refletir o grau de envolvimento do farmacêutico durante o cuidado humanizado, bem como as carências e expectativas do paciente durante os atendimentos recebidos (SINGHAL et al, 2002; CORRER et al, 2009). Em tempos de gestão, com ênfase pela qualidade total, a literatura discutiu que para uma adequada avaliação do serviço de AFT há a necessidade de conhecer o grau de satisfação, demandas e queixas dos indivíduos assistidos (BAENA et al, 2005; WIEDENMAYER et al, 2006;

DOCUMENTO DE CONSENSO FORO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA, 2010). Isto ganha uma relevância maior durante a fase de implantação/estruturação deste novo serviço clínico prestado pelo farmacêutico, já que pode nortear pontos de melhorias apontados pelos entrevistados.

Os resultados gerais da avaliação do cuidado farmacêutico no CEMJA, tanto do profissional quanto do Programa de Atenção Farmacêutica apontaram níveis altos (> 90%) de satisfação em praticamente todos os domínios/questões. Padrões semelhantes de elevados escores de satisfação com o AFT foram obtidos em outros estudos como os de VIVIAN, (2002), LYRA JR et al, (2005); ARMANDO et al (2005); SILVEIRA (2014) e OLIVEIRA (2013), nestas trabalhos os resultados sugerem que a AF aumenta o vínculo do paciente com o serviço e a resolução de PRM o que deve contribuir para a melhora no sucesso do tratamento.

Vale destacar que no domínio de acesso ao farmacêutico e à qualidade da orientação, a maioria dos entrevistados considerou alta acessibilidade ao profissional (98%; n=98) no aconselhamento sobre o uso adequado dos medicamentos quando havia alguma dúvida. Para tornar as orientações mais acessíveis e facilitar a compreensão dos usuários, foram empregadas diversas estratégias e habilidades de comunicação de acordo com a identificação do perfil de cada indivíduo para, dessa forma, segundo D'ANDRÉA et al (2012), dinamizar a relação farmacêutico-indivíduo, como as PVHIV/AIDS, focadas nesta pesquisa. Daí um elevado índice de compreensão por parte daqueles que estavam sendo acompanhados (100%; n=100) neste AFT.

Um estudo recente sobre AFT realizado em uma farmácia de Alfenas (AMARANTE et al., 2010) revelou que 86% dos usuários relataram ser “ótimo” ou “muito bom” o modo como o farmacêutico respondeu às suas perguntas. Os resultados mostraram que 80% dos pacientes relataram achar importante o trabalho em conjunto do farmacêutico com o médico e 100% responderam que continuariam a usar o serviço e que indicariam a outras pessoas.

A escuta-ativa e o diálogo pactuado em uma comunicação efetiva com os sujeitos em AFT são instrumentos de trabalho na assistência sendo elementos fundamentais na relação terapêutica. De acordo com D'ANDRÉA et al (2012), é essencial desenvolver habilidades de comunicação com os utentes em AF para alcançar melhores resultados com as intervenções propostas. Além disso, para LYRA JR et al (2005), a prática da AF está baseada na interação com uma considerável heterogeneidade de indivíduos, incluindo, pacientes, familiares, profissionais de saúde e outros

farmacêuticos. Esta interação social tem sido destacada por estes autores como a maior indutora da satisfação do usuário em relação aos serviços de saúde.

Nesse contexto, a satisfação é considerada um conjunto de fatores que interagem, enquanto a atenção centrada na pessoa se sobrepõe a qualquer outro nível de atenção (GAO e NAU et al, 2000), e o cuidado farmacêutico a ser prestado deve cumprir esse pressuposto. Em um estudo de YOKAICHIYA et al (2006), os farmacêuticos expuseram que suas atividades de assistência aos pacientes com HIV/AIDS permitem a construção de vínculos e o estabelecimento de uma relação de confiança com estes, de modo a considerarem familiar a relação profissional-paciente.

Diante dos relatos que um dos principais temores quanto o início da TARV seria relativo aos aspectos de segurança, em especial com o surgimento dos efeitos adversos e interações medicamentosas/alimentos, a fala das PVHIV/AIDS nas questões abertas sobre a percepção do que o cuidado farmacêutico representou, de uma forma geral, como um “guardião” e um “porto-seguro” em que as pessoas acompanhadas podiam sempre contar para prevenir problemas com a farmacoterapia, e até além, como um suporte humanizado para ouvir e acolher, muitas vezes, era o que os usuários relatavam fatos não ditos para mais ninguém. Estas situações tiveram importância tanto na formação da rede de apoio e no binômio farmacêutico-PVHIV, mas também no mapeamento de potenciais e reais PRM neste estudo.

SILVA et al (2009) em seu artigo relata que, no AFT de sujeitos com HIV, a troca de esquema terapêutico é necessária quando o paciente não responde ao tratamento, o que implica na convivência com uma fase de adaptação, a qual, geralmente, é acompanhada de efeitos colaterais e mudanças na rotina, comum no início da terapia. Daí, segundo CAELLES (2002) a importância de tais orientações farmacêuticas sedimentadas durante os encontros farmacêutico-PVHIV/AIDS e uma boa relação estabelecida.

Na implantação do AFT no CEMJA, foi estruturado um Consultório Farmacêutico específico com área reservada, contemplando estrutura minimamente adequada (mobiliário, telefone, computador com acesso à internet, outros) para realização dessa prática. Ressalta-se que este aspecto de estrutura é muito importante para a satisfação do usuário e para a efetivação do cuidado farmacêutico como serviço clínico, sendo condição fundamental para que o paciente se sinta seguro e confortável para expor todas suas aflições, angústias e dúvidas tanto no âmbito do tratamento farmacológico, quanto de outras questões do processo saúde-doença e educativo, além de interferentes sócio-econômico-culturais que demandam um local privativo e cômodo. Tal

aspecto foi discutido no estudo de LYRA JR. et al (2005) e corroborado por FRANÇA FILHO et al (2008), no qual ressalta-se a importância da privacidade e da confidencialidade para facilitar o acesso às informações, às vezes não captadas por outros profissionais de saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda um local na farmácia para o diálogo com os pacientes, de tal forma que este não possa ser ouvido por outras pessoas, mantendo a confidencialidade em todas as atividades farmacêuticas (YOKAICHIYA et al, 2006).

Um outro indicador de processo que pode impactar nos resultados de satisfação é o tempo de atendimento. Nesse AFT, o tempo do primeiro atendimento devido à necessidade de preenchimento de mais blocos da FAFT, obteve-se uma duração média de $40 \pm 19,0$ minutos, as demais ficaram em torno de 20 minutos com variação de $\pm 10,0$ minutos, tendo sido suficiente para as PVHIV receber as orientações adequadas. Como o presente trabalho tem um foco operacional de análise de implantação de um serviço de atenção farmacêutica, tornou-se importante a mensuração global e em separado desse indicador para um melhor dimensionamento da escala e planejamento do quantitativo possível a absorver. Esses resultados, mostram-se condizentes com a proporção dos tempos observados em outras pesquisas que envolvem o AFT, como na pesquisa de MARQUES et. al (2009), que contabilizou uma duração média de 55 minutos na primeira entrevista. Já SIMONI (2009), em um estudo realizado em farmácias-escola, e também LYRA JR et. al (2008), em estudo realizado em Unidade Básica de Saúde, relataram duração média de 40 minutos nos primeiros encontros.

Assim, OLIVEIRA (2013) reforça a perspectiva de que a verificação do tempo de duração das consultas de AFT é uma ferramenta útil no planejamento dos atendimentos futuros, de forma a prevenir que seja agendado um maior número de consultas do que a estrutura da farmácia possa suportar, tanto em relação aos recursos físicos (quantidade de salas de AF) quanto humanos (número de farmacêuticos disponíveis para a atividade). Ademais, quando se trata de uma atividade em início de implementação, torna-se útil na avaliação da qualidade da comunicação estabelecida com o paciente.

Torna-se pertinente contextualizar uma discussão das condições de infraestrutura e dos processos demandados para a assistência farmacêutica, tradicionalmente estabelecidos, na atual rede de saúde e o seu impacto na incorporação pelos serviços/profissionais das ações de cuidado farmacêutico centrados nas necessidades de cada usuário. No decorrer deste AFT e durante a validação da tabulação dos dados através da auditoria das fichas de acompanhamento, notaram-se

falhas de preenchimento em diferentes blocos do instrumento. Isso foi explicado pelos farmacêuticos que em muitas situações deixavam de realizar a aferição e documentação/registro de alguns indicadores da AF projetados por estarem sobrecarregados de ações da logística farmacêutica, bem como de atividades administrativas, levando a deixarem para segundo plano as ações direcionadas às etapas metodológicas do AFT. Diante dessa barreira operacional, alguns parâmetros podem ter sido subnotificados e os resultados subdimensionados em algum momento. Para minimizar esse viés, este pesquisador solicitava a reanálise e uma busca secundária da informação quando a mesma poderia ser coletada de alguma outra fonte documental como, por exemplo, prontuário médico em um sistema informatizado ou similar.

A consolidação do cuidado farmacêutico no Brasil ainda é incipiente de acordo com PEREIRA e FREITAS (2008), tanto no sistema público quanto no privado, devido, em parte, às dificuldades encontradas em traduzir e conectar o conhecimento, habilidades e atitudes desse profissional em atividade e ações junto ao público, bem como decorrentes de questões estruturais e de processo de trabalho (FRANÇA FILHO et al., 2008). Como reflexo desta dificuldade, a literatura que versa sobre o assunto é escassa e as existentes retratam, principalmente, o atendimento em farmácias comerciais de países subdesenvolvidos, em que a interação entre os profissionais usuários é rudimentar, prevalecendo uma relação meramente comercial (KAMAT, NICHTER, 1998).

Para a realização do cuidado farmacêutico e, especialmente, o AFT, é de fundamental valia a estrutura física com espaço para atendimento privado ou semiprivado. Este indicador de estrutura estava presente em apenas 11,4% das farmácias de Santa Catarina avaliadas no estudo de FRANÇA FILHO et al., (2008). Quanto aos indicadores de processo, nessa avaliação em Santa Catarina, a divisão do trabalho entre as atividades técnicas (ex. dispensação, AFT e verificação da pressão arterial) e administrativas (ex. aquisição de medicamentos) foi também analisada. A dispensação de medicamentos (98,2%) e o controle de compra e venda de medicamentos sujeitos a controle especial (90,8%) foram as atividades realizadas pelo maior número de farmacêuticos (FRANÇA FILHO et al., 2008). Já em uma pesquisa americana envolvendo 2.250 farmacêuticos em que se avaliou o tempo dedicado para determinadas atividades da farmácia, as ações de dispensação foram as que ocuparam mais tempo (56%) e as do cuidado farmacêutico através do AFT, as que envolveram menos tempo (9%) (SCHOMMER et al., 2002).

Segundo OLIVEIRA et al. (2005), a implantação da AF nas Farmácias Comunitárias enfrenta um outro obstáculo do ponto de vista relacionado ao vínculo empregatício do farmacêutico e à rejeição do programa por gerentes e proprietários. Os dados dessa pesquisa participativa em Curitiba mostrou que 92% dos farmacêuticos afirmaram não possuir nenhuma atividade relacionada à AF. Os resultados indicam também que grande parte dos proprietários de estabelecimentos desestimula a aplicação de tal programa, talvez por receio de perder lucros atrelados à venda desorientada de medicamentos, além do investimento no farmacêutico responsável, pois há a necessidade de atualização constante do profissional que promove o atendimento público na AF. Em contrapartida, na avaliação citada, a própria atividade gerencial exercida por grande parte dos farmacêuticos, além de afastá-los de seu âmbito de atuação, acaba por incentivar a venda comissionada por parte dos balconistas.

Outro complicador da disseminação e no consolidar da AF em nosso país, se vale na própria condição do farmacêutico em não se visualizar como profissional clínico e em não empoderar das práticas de cuidado direcionadas a sanar/minimizar as deficiências de cada indivíduo no contexto farmacoterapêutico e social, vivenciando ainda ações concentrada na logística. Esta linha de pensamento é corroborada por vários autores tais como OLIVEIRA et al., (2005); ARAÚJO et al., (2006); PENAFORTE et al., 2007; YOKAICHIYA et al., 2007); PEREIRA, FREITAS, (2008); LUCCHETTA & MASTROIANNI, (2010) em que discutem o fato de o farmacêutico se sentir incapacitado, além inseguro e desmotivado, devido ao excesso de trabalho e falta de tempo para se dedicar ao atendimento, para direcionar suas ações para o AFT.

Para mudar este cenário, nas duas últimas décadas a reorientação do profissional farmacêutico tem sido discutida em todo o mundo, considerando as necessidades sociais do usuário do medicamento, fomentando o desenvolvimento de atividades clínicas e assistenciais desse profissional (AMBIEL e MASTROIANNI; 2013). Organizações internacionais como a OMS e a Federação Internacional de Farmacêuticos têm estimulado uma maior participação do farmacêutico na saúde pública (OPAS, 2002). Recentemente, outro estímulo veio com a RDC nº 44/2009, da ANVISA, que dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas e inclui a prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias.

No entanto, faz-se necessário que as farmácias comunitárias e ambulatoriais passem por uma reestruturação e adequação para a provisão de serviços de AF (OLIVEIRA, 2013), bem como de estudos que avaliem seu desenvolvimento e orientem estratégias que possam contribuir para a

melhoria das práticas, além de padrões de qualidade para a avaliação desse serviço de saúde (FRANÇA FILHO et al., 2008; AMBIEL e MASTROIANNI; 2013). Em específico, as que atendem pacientes com um dilema estigmatizador como a infecção pelo HIV requerem uma evidente estrutura e processos adequados em prol de um cuidado efetivo e humanizado para esta clientela e, dessa forma, seja possível propiciar uma ambiência favorável à boa relação farmacêutico-usuário, otimizando a adesão à TARV e repercutindo nos indicadores clínicos e humanísticos.

6.3.6. Qualidade de vida

As manifestações clínicas da infecção pelo HIV/AIDS e os efeitos adversos da HAART proporcionam uma sobrecarga psicológica considerável aos pacientes que, comumente, podem apresentar transtornos psicológicos como depressão, ansiedade, insônia e síndrome do pânico (PAES et al, 2012). Ademais, corrobora-se com este autor na perspectiva de que a AIDS é também uma doença social, podendo-se encontrar atitudes de rejeição, isolamento, segregação e preconceito impostas pela sociedade às PVHIV/AIDS, exacerbando as alterações na saúde psicológica dos pacientes, reduzindo a qualidade de vida e contribuindo para a diminuição da adesão ao tratamento (PACCAGNELLA, 2007; REGO et al., 2011).

Entendendo, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), que a qualidade de vida é a percepção de que a pessoa tem sobre si mesma, levando em consideração o contexto da cultura e os valores os quais ela vive e elabora seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1996), a medição da qualidade de vida por meio do serviço clínico da AF, através da análise comparativa do tipo antes-depois, entrevistando os usuários ao início e final do estudo, torna-se salutar.

Concorda-se com os pressupostos descritos por OLIVEIRA (2013) de que as respostas iniciais servem para entender o status desse indicador humanístico *antes* do AFT e que todos os seus processos agregados, em especial, a farmacoterapia ARV e as diferentes estratégias de orientação farmacêutica, em prol do reforço na adesão para obtenção dos desfechos clínicos desejados. Já os resultados observados ao *final*, pressupõem-se que sejam mais relacionados ao papel que pode ter contribuído com as ações realizadas durante o AFT e a introdução da TARV nos indicadores clínicos e humanístico e , conseqüentemente, na qualidade de vida das PVHIV/AIDS.

BRITO et al. (2008) ressaltam a necessidade da avaliação das respostas do perfil da saúde dos pacientes, através da aplicação de instrumentos ou escalas, que permitam detectar esses diferentes perfis. A escolha do questionário SF-36 para avaliação da qualidade de vida dos pacientes do estudo deveu-se ao fato de que instrumentos genéricos, como o este, podem avaliar com bom grau de precisão todos os aspectos significantes relacionados à saúde e refletir o impacto de uma doença em um determinado indivíduo (FAYERS; MACHIN, 2000). PAES et al (2012) refere que este questionário já vem sendo utilizado há algum tempo no Brasil por profissionais de saúde e é compatível com os objetivos de relacionar a qualidade de vida à saúde, pelo seu baixo custo, fácil e rápida obtenção de dados e, ainda, devido à sua aplicabilidade independentemente do gênero, idade ou doença contraída aplicação deste questionário (BRITO et al., 2008; BARBANTI, 2006).

Quando foram analisados os resultados deste indicador, notou-se que entre as pessoas assintomáticas as médias encontradas após a finalização do AFT foram superiores na maioria dos domínios em questão. Apenas o domínio “Aspectos Sociais” apresentou valores praticamente equivalentes. Já nos indivíduos sintomáticos, todos os domínios mostraram os valores médios ao final do processo de cuidado farmacêutico superiores aos do 1º momento.

É preciso pensar na qualidade de vida como um estado multifatorial (CHANDRA et al, 2006), mas é consenso na literatura que pacientes com baixa contagem de CD4 e elevada carga viral são mais propensos a sintomas da doença, a infecções oportunistas e ao uso de maior número de medicamentos que afetam a qualidade de vida negativamente (GILL, et al, 2002; WIG et al, 2006; CHANDRA et al, 2006; SANTOS et al, 2007). Uma pesquisa recente de FERREIRA et al (2012) sobre a relação entre a qualidade de vida, os níveis dos indicadores CD4+ e carga viral e, o consequente, aparecimento de sintomas, encontrou que os indivíduos com HIV em melhor condição do sistema imunológico (assintomáticos), representada pela contagem de células $\geq 500/\text{mm}^3$, apresentaram melhor escore do que o grupo com contagem de células CD4+ abaixo de $500/\text{mm}^3$.

Quando analisadas as relações entre a farmacoterapia, os indicadores clínicos e humanísticos, encontraram-se nos domínios da qualidade de vida entre pacientes aderentes e não aderentes, seccionados dentro dos assintomáticos e sintomáticos, que os escores médios, também foram sempre superiores após a implantação do serviço de AFT para todos os aspectos, em pacientes assintomáticos ou sintomáticos, aderentes ou não aderentes, exceto quanto aos “Aspectos

Sociais” em pacientes assintomáticos aderentes, cujo escore médio após a AF foi um pouco inferior ao escore médio antes da atenção.

CERDÁ et al (2007) publicaram um estudo que avaliou as preferências, a adesão, a satisfação e a qualidade de vida de PVHIV/AIDS na Espanha. Os modelos multivariados confirmaram a existência de uma associação significativa entre a adesão e qualidade de vida. O trabalho destes autores corroborou com nossos achados na relação direta entre o correto cumprimento da TARV, melhor padrão dos indicadores clínicos e qualidade de vida. Dessa forma, sugere-se que as estratégias para melhorar a adesão das PVHIV/AIDS deve, necessariamente, incluir elementos que permeiem o incremento de indicadores humanísticos, como a satisfação com o tratamento e o aumento da qualidade de vida.

Na mesma linha de trabalho, RUIZ-PÉREZ et al (2005), mostraram uma avaliação em que os indivíduos com uma carga viral menor, revelaram escores inferiores em todas as dimensões da qualidade de vida, exceto para a função cognitiva. Aqueles com adesão adequada ao tratamento ARV mostraram uma melhor qualidade de vida na quase totalidade dos critérios analisados. Os autores concluíram que o estado clínico e a adesão dos sujeitos infectados com HIV afetam não só a morbimortalidade, mas também as diferentes dimensões da qualidade de vida e seu enfrentamento com a doença.

Os resultados observados, em relação aos domínios do instrumento, revelaram uma melhora da qualidade de vida após o período de AFT. No primeiro encontro, foi observado que os domínios “Aspectos Sociais”, “Capacidade Funcional” e “Dor” obtiveram as maiores médias. Ao final do AFT, esses mesmos domínios apresentaram os melhores resultados quando comparados aos demais domínios.

No estudo realizado por ANDERSON *et al.* (1998), indivíduos HIV positivos/AIDS também foram avaliados quanto à qualidade de vida em diferentes momentos de sua pesquisa e, observou-se, que ao início do estudo o domínio “*Estado Geral de Saúde*” foi o que obteve maior média, seguido de “Capacidade Funcional” e “Limitação por Aspectos Emocionais”. Este mesmo estudo também avaliou a qualidade de vida dos pacientes seis meses após a primeira entrevista, onde os domínios “*Estado Geral de Saúde*”, seguido de “Limitação por Aspectos Emocionais” e “Capacidade Funcional” apresentaram as maiores médias. As diferenças observadas entre o presente estudo e a pesquisa realizada por ANDERSON *et al.* (1998) podem ser explicadas pelo trabalho ter sido realizado nos Estados Unidos com indivíduos com características

socioeconômicas diferentes dos brasileiros. Outro ponto a ressaltar é que essa pesquisa envolveu pacientes no estágio de AIDS o que, provavelmente, sugere uma explicação para os menores valores de médias para os domínios, uma vez que pacientes com HIV no estágio de AIDS tendem a apresentar comorbidades que interferem negativamente na qualidade de vida dos mesmos.

Em contraste, os pacientes que são caracterizados como sintomáticos, ao iniciarem a TARV e o AFT, conseguem observar mais facilmente a melhora da qualidade de vida por meio da extinção dos sinais e sintomas após alguns meses de tratamento e acompanhamento. É importante destacar que na atual pesquisa de doutorado, o grupo de pacientes assintomáticos foi menor que o grupo de sintomáticos, o que poderia explicar a ocorrência de não ter havido domínios com diferença estatisticamente significativa no grupo dos assintomáticos, em ambas as categorias (aderente e não aderente).

No estudo realizado por ARPINELLI *et al.*(2000), na Itália, envolvendo avaliação da qualidade de vida de pacientes HIV positivos assintomáticos, os domínios que obtiveram maiores médias foram “Dor”, “Limitação por Aspectos Físicos” e “Aspectos Sociais”. Porém, no referido estudo o questionário SF-36 foi aplicado apenas em um momento, não permitindo uma comparação maior com os resultados obtidos no presente estudo.

No estudo de SOÁREZ (2009), que traduziu e validou para a língua portuguesa o questionário HAT-QoL, um questionário específico para avaliação de qualidade de vida em indivíduos HIV +, observou-se que houve uma associação estatisticamente significativa entre os domínios do SF-36 e todos os domínios do HAT-QoL, exceto o domínio confiança no profissional. Correlações moderadas e estatisticamente significativas foram observadas entre os domínios do SF-36 e dois domínios do HAT-QoL (vitalidade e função geral).

A análise dos resultados dos domínios do SF-36 revelou que, após o AFT, a qualidade de vida dos pacientes acompanhados foi melhor do que a observada antes do AFT. É de grande importância lembrar que as mudanças na qualidade de vida desses indivíduos resultam da combinação de diversos fatores como, por exemplo, o próprio tratamento ARV, porém, as IF realizadas ao longo do AFT contribuem diretamente, também, para a obtenção desses resultados, uma vez que reforçam a adesão à TARV, fator decisivo para o sucesso dos desfechos pretendidos.

Vale ressaltar que uma das limitações do estudo foi o fato de a aplicação do instrumento ter sido realizada por mais de um entrevistador durante os quatro anos do projeto, podendo ter ocorrido diferentes interpretações quanto às respostas dadas pelos participantes, uma

vez que estes podem ter sido entrevistados no 1º encontro por um pesquisador diferente do que o entrevistou no último encontro.

As experiências, os relatos, os diferentes contextos de vida e a pluralidade de facetas que permeiam o universo das PVHIV/AIDS e o conhecimento desse contexto através deste estudo, deu-nos um outro olhar sobre o impacto que a infecção pelo HIV pode gerar em diversas áreas na vida das pessoas. Corroboramos com MEIRELLES et al (2010) em afirmar que enfrentar esse problema, associado às dificuldades que a condição sorológica impõe em relação à qualidade de vida, tem sido um dos desafios enfrentados pelas pessoas com HIV/AIDS. Pesquisar qualidade de vida em pessoas com uma doença incurável e de forte cunho social, revela-se como uma estratégia de aproximação de uma realidade, muitas vezes, não demonstrada, apenas vivenciada.

Para que esse processo seja efetivamente humanizado na prática, é fundamental que o cuidado seja realizado de forma integrada pela equipe multiprofissional. Uma estratégia que parece ser fundamental para aprimorar o trabalho multiprofissional é o planejamento de ações que busquem identificar e incorporar demandas antevistas à rotina (BORGES et al, 2012) de forma contínua e sistemática, como o AFT. Entretanto, MEIRELLES et al (2010) indagam que visando atender a complexidade de fatores que envolvem a qualidade de vida e o projeto terapêutico, deve-se organizar com cuidado, articulando os projetos e as intervenções, de forma indissociável com a escuta, o acolhimento e a monitorização contínua da terapêutica medicamentosa (SILVA et al, 2002). A qualidade de vida é uma construção eminentemente interdisciplinar e a contribuição de diferentes áreas do conhecimento pode ser de fato valiosa e, até mesmo, indispensável (SEIDL et al, 2004).

7. CONCLUSÃO

Os resultados deste trabalho de doutorado de AFT de PVHIV/AIDS, monitorados no Centro de Especialidades Médicas José de Alencar, Fortaleza-Ce, a partir dos objetivos propostos na mensuração de indicadores clínicos farmacoterapêuticos e humanísticos da atenção farmacêutica, conduziram às seguintes conclusões:

- ✓ O Método Dáder, já usado em outras situações para AFT de pacientes em doenças crônicas, necessitou de alguns ajustes em seus processos operacionais, em especial, nas fases de análise situacional, com a interface dos grupos de especialistas da UFC para a análise dos PRM e da fase de intervenção, com adequação da escala de Sabater, devido às peculiaridades inerentes ao público-alvo com HIV;
- ✓ Por sua vez, buscando promover uma sistematização do processo, foi necessária a estruturação de formulários para a documentação e o registro das informações, como a Ficha de Acompanhamento Farmacoterapêutico. Neste estudo, esse instrumento, além dos dados gerais (sociodemográficos, história clínica, anamnese, co-morbidades, estilo de vida), foram agregados aspectos relacionados à análise da percepção do paciente e sobre o processo saúde-doença e suas interfaces, o perfil farmacoterapêutico atual e anterior, automedicação, como causas e incidência de PRM/Intervenções farmacêuticas, investigação dos métodos e perfil de adesão presumida, local de acesso aos medicamentos, avaliação do grau de satisfação com o Programa de Atenção Farmacêutica, com a equipe multidisciplinar e com o profissional farmacêutico, análise da qualidade de vida, entre outros aspectos;
- ✓ No contexto da elaboração e adequação de alguns instrumentos, a saber: Folder de Orientações Farmacêuticas, Informe farmacoterapêutico de contra-referência farmacêutica, Guia Prático sobre Interações Medicamentosas com Antirretrovirais, Quadro de Categorização Sistemática dos PRM, Intervenções Farmacêuticas e demais parâmetros do AFT, a fim de suprir as necessidades

específicas do cenário institucional e da clientela a ser acompanhada. Assim, foi deixado um legado não apenas para este serviço estruturado, mas também para outros trabalhos na área, bem como outros profissionais que desejem atuar na prática do cuidado farmacêutico e assim, poderão utilizar essas ferramentas de documentação e registros já estruturadas, adaptadas e utilizadas em uma situação real;

- ✓ Com relação ao Informe Farmacoterapêutico de Contra-referência estruturado neste estudo, teve uma importante relevância no processo de inter-comunicação profissional, especialmente no sentido das intervenções direcionadas ao médico, além de subsidiar com as principais informações farmacoterapêuticas relacionadas ao plano de acompanhamento, foram sinalizados os PRM e as intervenções sugeridas para que os mesmos fossem resolvidos. Este instrumento se propôs também a atuar como um mecanismo de reinserção informativa quanto ao uso de medicamentos e histórico dos problemas medicamentosos das PVHIV nas demais unidades de saúde, favorecendo um acompanhamento mais acurado pelos profissionais inseridos na rede de saúde;
- ✓ O delineamento do perfil farmacoepidemiológico mostrou que as PVHIV/AIDS (n=100) acompanhadas no CEMJA em sua maioria eram homens (69%), solteiros (62%), adultos jovens, com idade média de 35,42 anos. A raça parda foi a mais observada (65%) e praticamente todos residindo em Fortaleza (96%). Quanto à escolaridade, apresentou um perfil dicotômico, uma considerável parcela de entrevistados com um baixo índice de escolaridade, 42% (n=42) eram analfabetas ou estudaram até o nível fundamental. Por outro lado, foi encontrado uma outra faixa de maior escolaridade com 48% (n=48) da amostra englobando do nível médio até nível superior completo;
- ✓ Quanto à ocupação, os indivíduos que trabalham com vínculo empregatício correspondem a 33,3%, seguidos dos desempregados com 26,0% (n=26). A maioria (41,0%; n=41) dos indivíduos da amostra analisada, tinham renda mensal no intervalo de 1 a menos que 2 salários mínimos. Notou-se que a quase totalidade dos entrevistados referiram não obter o auxílio doença (97,0%; n=97);

- ✓ Sobre o estilo de vida das PVHIV/AIDS acompanhados neste estudo, a maior parte dos indivíduos, 79% (n=79), morava com a família e 67% (n=67) não tinham cuidadores. O uso de bebida alcoólica foi identificado em 41 dos entrevistados (41,0%), com frequência entre diária e semanal (48,8%; n=41) e o histórico familiar de alcoolismo foi relatado por 58 entrevistados (58,0%). Já o uso de drogas ilícitas referido por 10 usuários (10,0%) e, quanto ao histórico de envolvimento com drogas ilícitas na família (31,0%). O tabagismo foi descrito por 17 entrevistados (17%), dos quais 14 (82,4%) praticavam este hábito diariamente;
- ✓ Apenas 22 (22,0%) indivíduos afirmaram realizar atividades físicas e 67,0% (n=67) afirmaram ter prática relacionada à fé. A prática de atividades recreativas foi referida por 65 participantes (65,0%). Os perfis socioeconômico, estilo de vida e culturais dos sujeitos acompanhados em TARV no SAE/CEMJA desta pesquisa, corroboram com o padrão nacional, de uma forma geral;
- ✓ A avaliação da percepção do paciente quanto ao grau de conhecimento sobre a doença, complicações e cuidados com HIV e TARV revelou que, mesmo nestes parâmetros, a aferição mostra um bom grau de conhecimento. Uma boa parcela dos entrevistados possuía um nível que necessitava de um trabalho de educação em saúde em se tratando de informações quanto ao tratamento da terapia ARV, pois apenas 21% (n=21) tinha muito conhecimento sobre as informações desse parâmetro citado, fundamental para adesão e consequentemente, para redução da morbimortalidade associada à AIDS;
- ✓ Durante o AFT foi prescritos uma média de 1,41 esquemas ARV por PVHIV/AIDS, com uma mediana de 1,00; desvio padrão de 0,79 e o máximo de cinco mudanças de esquemas de ARV foram observados. O esquema mais frequente envolveu um inibidor de transcriptase reversa não nucleosídeo (efavirenz) com a associação dos inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa (lamivudina + zidovudina), presente em 44 prescrições iniciais. Observou-se que a lamivudina esteve presente na totalidade das escolhas

terapêuticas iniciais prescritas e que os esquemas mais usados compreendiam os de três fármacos, correspondente a 86% (n=86);

- ✓ O principal motivo da mudança do esquema inicial foi o aparecimento de reações adversas em 17 casos (58,6%) que se deu, em especial, no período inicial de adaptação à TARV. As demais trocas aconteceram para tentar melhorar a adesão ao tratamento em dois casos (6,9%). Um usuário (3,5%) permutou o esquema inicial por resistência primária ao AZT;
- ✓ Em relação aos indicadores farmacoterapêuticos específicos AF, foram identificados 961 PS, destes 857 (89,4%) geraram PRM com média igual a 9,61 PS/paciente e média igual a 8,57 PRM/paciente. Em relação ao aparecimento do problema, classificaram-se como reais 278 (32,4%) e potenciais 579 (67,6%);
- ✓ Quanto às categorias de PRM, de acordo o II Consenso de Granada (2002), este trabalho obteve uma frequência próxima entre o PRM 1 (necessidade de utilização de tratamento farmacológico) com 321 observações (37,46%) e o PRM 5 (insegurança qualitativa) que contabilizou 311 (36,29%) casos. Já o PRM 4 (inefetividade quantitativa) ocupou o terceiro lugar com 161 notificações (18,79%). As três mais frequentes causas de PRM foram as RA-ARV com 298 notificações (34,8%), em seguida a adesão irregular com 154 observações (17,9%) e a não adesão voluntária em 121 casos (14,1%);
- ✓ Um grande quantitativo de IF, classificadas de acordo com SABATER *et al* (2005), foram realizadas (963), sendo as intervenções relacionadas à educação dos pacientes as mais frequentes (68,85%) e o subtipo para reduzir o abandono voluntário os mais observados. O meio de comunicação mais utilizado para realizar a intervenção foi o verbal presencial em 344 casos (48,25%). O paciente em 758 ocasiões (87,83%) foi o mais incidente destinatário das intervenções, mas notifica-se a interface com médico, o segundo mais observado com 76 IF (8,80%) durante o período deste estudo;
- ✓ Tendo em consideração o grau de relevância que se toma a adesão à TARV, a este parâmetro foi dedicada uma análise especial. Alinhado à literatura que

recomenda a utilização de dois métodos pareados por, ainda, não existir um método padrão-ouro, como também aspectos intrínsecos limitantes dos métodos disponíveis, foram escolhidos os testes de aferição indiretos: o autorrelato (questionário) e o Registro de Dispensação da Farmácia;

- ✓ A análise pelo questionário feito no método do autorrelato (questionário – DELGADO E LIMA, 2001) feita em três momentos (início, meio e final do AFT). Na 1ª medida, 92% (n=92) foram classificados como aderentes, sendo esta a taxa global de adesão inicial e 96,7% continuaram sendo classificados como aderentes na 2ª aferição;
- ✓ Já quando é analisada a taxa de adesão entre as PVHIV/AIDS que foram categorizadas como aderentes pelo autorrelato no primeiro (92 casos) e no terceiro momento, 4,3% dos pacientes (n=4) foram classificados como não aderentes no 3º momento de aferição e 95,7% (n=100) continuaram sendo classificados como aderentes;
- ✓ Na segunda e na última aferição durante o AFT, a taxa de adesão global através do autorrelato foi de 95,0% (n=95) e, em relação à segunda entrevista, quatro avaliados (4,2%) foram classificados como não aderentes na 3ª entrevista e foram classificados como aderentes no 2º momento. Já 91 pacientes (95,8%) que estavam na classe dos aderentes na segunda entrevista permaneceram nessa mesma categoria na avaliação final da adesão;
- ✓ Através da aferição pelo método do Registro de Dispensação de Medicamentos, a taxa de adesão regular foi de 76% e 10 pacientes abandonaram o estudo pelos critérios preconizados no protocolo do MS em relação ao processo de dispensação dos ARV (> 90 dias sem retorno);
- ✓ O coeficiente Kappa foi utilizado para avaliar a concordância entre os dois métodos de análise da adesão e revelou que quando se considerou a classificação de acordo com a maior frequência de classificação nas três entrevistas, o Kappa foi igual 0,003 (quase igual a zero) e o teste de hipóteses resultou um valor-p igual a 0,962, indicando que a concordância existente é simplesmente a esperada pelo acaso;

- ✓ Ainda no intuito de analisar as propriedades e os valores técnicos dos métodos aplicados, foram feitos os testes de sensibilidade e especificidade. Considerando-se como padrão-ouro o método de Registro de Dispensação de Antirretrovirais para classificar um paciente como aderente ou não e como resultado positivo o paciente ser aderente, calculou-se a sensibilidade da classificação de adesão pelo método de entrevista direta (autorrelato por DELGADO E LIMA) e também a sua especificidade;
- ✓ Constatou-se que, em todas as situações testadas, o método proposto por DELGADO E LIMA é bastante sensível, ou seja, detectou com probabilidade alta (96,05%) as PVHIV/AIDS que são aderentes. No entanto, os valores de especificidade são baixos, ou seja, dado que o paciente é não aderente, o método de entrevista direta por questionários semi-estruturados tem probabilidade baixa de detectá-lo;
- ✓ O teste exato de Fisher foi utilizado para verificar a associação entre sexo e adesão à tomada de medicamentos e encontrou um valor p de 0,010 com nível de significância de 0,05 no momento inicial do tratamento farmacológico ARV. Já na 3ª entrevista produziu um valor-p de 0,031, o que indicou haver associação entre sexo e adesão;
- ✓ No mesmo sentido, buscou-se analisar a possível relação da faixa etária e categorias de adesão pelo método do autorrelato. O teste exato de Fisher, não foi significativo nas 1ª e 2ª. Entrevistas com o valor-p igual a 0,394, e 0,255, respectivamente, indicando não haver associação entre faixa etária e adesão. No entanto, no final do AFT (3ª entrevista) o valor-p foi de 0,045, indicando haver, nesse caso, associação entre as variáveis. As outras variáveis sócio-demográficas testadas não mostraram relação estatisticamente significantes com a adesão;
- ✓ Em se tratando dos indicadores clínico-laboratoriais, verificou-se uma redução média de 89,45% da carga viral dos pacientes em AFT. Das pessoas acompanhadas que tinham realizado os exames, 90% delas tiveram cargas virais abaixo de 50 cópias/ml, índice almejado com uso da TARV, considerado como *outcome* ideal;

- ✓ O teste t para comparar as médias da carga viral dos dois instantes de medida (início e fim do AFT), obteve-se o valor da estatística $t=4,515$, com valor- $p < 0,001$, o que leva a inferir que há diferença significativa entre os valores médios de carga viral inicial e final neste estudo de acompanhamento farmacoterapêutico das PVHIV/AIDS;
- ✓ A redução média da carga viral foi de 86,19% no grupo de pacientes não aderentes e de 90% no grupo de pacientes aderentes. Quanto ao Teste-t para comparar as cargas virais iniciais e finais, obteve-se para os pacientes aderentes valor da estatística $t=4,415$ com valor $p < 0,001$ e, para os pacientes não aderentes, ao nível de 5% de significância, o valor da estatística $t=2,388$, com valor $p=0,048$, indicando haver diferença estatisticamente significativa entre os parâmetros medidos em ambos os grupos (aderentes e não aderentes);
- ✓ Em contrapartida, notou-se um aumento considerável do número de linfócitos T $CD4^+$ durante a realização do AFT, de 124,14%. O Teste-t Student com as duas amostras a partir dos coeficientes de variação diferentes nos dois tempos (início e no final do AFT), encontrou o valor da estatística $t=-6,496$, com $p < 0,001$, indicando haver diferença significativa entre os valores médios desse estratégico indicador clínico-laboratorial;
- ✓ Na relação entre a adesão e contagem do linfócito T $CD4^+$ foi encontrado que, para os pacientes não aderentes, houve um aumento médio de 55,96% na taxa de $CD4^+$, enquanto que esse aumento foi de 148,94% para os pacientes aderentes, ressaltando a importância da adesão à TARV. Nesse sentido, foi obtido como resultado um valor de $t=-2,155$ com valor- $p=0,068$ para pacientes não aderentes e $t=-6,438$ com valor- $p < 0,001$ para pacientes aderentes. Dessa forma, conclui-se que a diferença entre o $CD4^+$ médio é significativa para pacientes aderentes;
- ✓ Os blocos finais, dedicados aos indicadores humanísticos, mostraram um elevado índice de satisfação com o atendimento no Serviço de Farmácia do CEMJA, por todos os participantes do estudo (100%, $n=100$), bem como depositam alta confiança na equipe multidisciplinar que realizou o atendimento

no SAE, (96,0%, n=96). Também, quase todos sentiram confiança com o atendimento oferecido pela equipe médica. Todos os pacientes afirmaram ter recebido informações sobre a tomada dos medicamentos e sobre o surgimento de possíveis problemas em tomar os ARV com outros medicamentos e/ou alimentos;

- ✓ Enquanto isso, a maior parte relatou ter recebido informações sobre a finalidade dos ARV, local adequado para o armazenamento destes e os riscos de interações medicamentosas e/ou com alimentos. O farmacêutico foi o principal responsável pelas informações sobre a tomada de medicamentos, sua finalidade, efeitos colaterais e problemas a respeito de interações entre os ARV e outros medicamentos e/ou alimentos, de acordo com grande parte dos pacientes. Estes se mostraram totalmente satisfeitos com todas as informações acima obtidas e disseram que o programa proporcionava mais segurança para eles quanto ao uso dos medicamentos;
- ✓ De uma forma geral, a satisfação com o atendimento farmacêutico teve nível máximo positivo por quase todos os pacientes estudados (98,0%, n=100), o que demonstra que o modelo de AF realizado pode ter contribuído de forma eficiente para a melhoria da qualidade de vida dos PVHIV/AIDS, bem como reafirma o papel educativo do farmacêutico na atenção à saúde humanizada e centrada nas demandas específicas de cada cidadão;
- ✓ Sumarizadamente, a partir da pergunta nesse âmbito através de um questionário estruturado para tal, a maioria dos pacientes afirmou que o farmacêutico “sempre”: *permaneceu quanto tempo fosse necessário na consulta; explicou sobre o surgimento de possíveis efeitos colaterais que a farmacoterapia poderia causar; esteve disponível para orientar sobre a prescrição médica; explicava informações com fácil entendimento; era o mais detalhista possível; confirmava se o entrevistado havia entendido sobre a tomada dos medicamentos; era amigável com os pacientes; mostrava-se um profissional competente; apresentava sincero interesse pelo paciente como*

pessoa. Além disso, o farmacêutico nunca passava tempo insuficiente com o paciente; não deixava o paciente esperar por muito tempo para ser atendido e evitava distrações para não prejudicar o atendimento;

- ✓ A qualidade de vida também foi verificada em relação aos pacientes sintomáticos e assintomáticos. Os resultados demonstraram-se superiores na maioria dos domínios, para esses últimos. Apenas o domínio “Aspectos Sociais” apresentou valores praticamente equivalentes. Quando analisados os sintomáticos, observaram-se, para todos os domínios, valores médios ao final do processo de AFT superiores aos do 1º momento;
- ✓ A análise estatística (Teste t-Student) provou a 5% de significância, há diferença significativa entre as médias dos escores antes e depois da AF para os aspectos dor ($p = 0,030$), estado geral de saúde ($p = 0,031$) e saúde mental ($p = 0,048$) nos pacientes assintomáticos. Nos pacientes sintomáticos houve diferença significativa em todos os domínios. Ressalta-se que os escores médios foram sempre superiores após o AFT;
- ✓ Os parâmetros de sintomatologia e adesão correlacionados com a qualidade de vida apresentaram valores nos domínios sempre superiores após a implantação do serviço de AFT para todos os aspectos, em pacientes assintomáticos ou sintomáticos, aderentes ou não aderentes, exceto quanto aos aspectos sociais em pacientes assintomáticos aderentes, cujo escore médio após a AF foi um pouco inferior ao escore médio antes da atenção. A análise estatística inferencial determinou que para os pacientes aderentes foi detectada uma diferença significativa entre os escores médios de todos os aspectos, exceto dor ($p=0,089$);
- ✓ Considerando os resultados favoráveis e, estatisticamente significantes, em alguns indicadores relacionados à taxa de adesão, ao aumento dos valores de linfócitos T CD4+ e à redução da carga viral, pode-se sugerir que as IF para a educação em saúde, prevenção e resolução de PRM e, especialmente, para adesão, mostraram-se favoráveis para balcançar melhores desfechos no manejo das PVHIV/AIDS aqui estudadas;

- ✓ A análise do AFT, através do uso de indicadores de processo e resultado clínico-laboratorial, farmacoterapêutico e humanístico, permitiu verificar a importância do cuidado farmacêutico prestado e a percepção de que o profissional farmacêutico, no exercício da AF, tem um papel fundamental a ser consolidado dentro do time multidisciplinar de cuidado às PVHIV/AIDS em nosso país. O farmacêutico pode atuar na busca de resultados clínicos favoráveis, ao realizar intervenções, e na consolidação da farmácia comunitária/ambulatorial como estabelecimento de saúde integrado aos demais serviços de saúde;
- ✓ Para o autor, a experiência vivenciada durante o processo de análise da implantação do serviço de AFT no CEMJA foi útil, dentre outros aspectos, para ratificar a importância de uma retomada do papel social do farmacêutico, bem como de sua efetiva participação na equipe multidisciplinar. Pode esse profissional, com efeito, utilizar estratégias para a promoção contínua do uso racional dos medicamentos e minimização dos custos institucionais relacionados à farmacoterapia e a adoção da atenção farmacêutica, por intermédio do AFT para PVHIV;
- ✓ Esta é uma estratégia que necessita ser trabalhada mais efetivamente desde o desenvolvimento das competências clínicas na academia, até ser difundida nas diversas instituições de saúde, como também as de nível secundário, ambiente fértil da multidisciplinaridade, para que se possa vislumbrar um incremento na melhoria dos indicadores sanitários e na qualidade de vida dos usuários.

8. PRINCIPAIS DIFICULDADES ENFRENTADAS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

- Como limitações do estudo, podem ser destacadas:
- O fato de a amostra ter sido de conveniência, através de captação por demanda temporal, não permitindo que os resultados sejam generalizados. Por questões éticas, optou-se por não utilizar um grupo controle, no qual o próprio sujeito acompanhado longitudinalmente durante os nove meses com cuidado farmacêutico era controle de si mesmo. As intervenções foram medidas no início e no fim do AFT, o que limitou a interpretação dos achados a serem atrelados;
 - Um dos métodos para aferir a adesão à TARV utilizou informações oriundas de autorrelato (questionários) sobre o esquema terapêutico prescrito e sua utilização em dados de mundo real pelos usuários vivendo com HIV/AIDS. Pode-se salientar a possibilidade de erros nessas informações, geralmente levando a resultados superestimados, característicos desse método, como também de outros de aferição indireta;
 - O método utilizado para a avaliação quanto ao grau de conhecimento do processo saúde-doença e suas interfaces, na anamnese remota bem como em diferentes indicadores em toda FAFT, mesmo usando uma escala proposta por MACHUCA et al (2000), foi calcada na subjetividade que uma entrevista direta apresenta em suas características, podendo os dados encontrados serem super ou subestimados e ter o viés de interpretação do entrevistador;
 - Inexistência de produção científica local sobre a AF para pessoas com HIV/AIDS que permeie dados de mundo real na perspectiva de avaliar desde o processo estrutural de implantação até a análise de indicadores de desfechos clínicos e humanísticos. Raras são as publicações envolvendo esse público-alvo com foco no processo, estrutura e resultado em nosso país na esfera do AFT para PVHIV. Mesmo no plano internacional, não existe uma vasta literatura a respeito nem metodologias consensuais para comparações;

- Durante o AFT, não foi possível rastrear medicamentos, caso esses tenham sido prescritos (ou não) verbalmente e administrados sem os devidos relatos pelos usuários na consulta farmacêutica seguinte, de modo que algumas causas e PRM podem ter sido subnotificadas;
- Os PRM de segurança (PRM 5 e 6), tão frequentes na TARV, principalmente os relacionados com as reações adversas e interações medicamentosas, podem também ter tido seus quantitativos abaixo dos valores reais, devido à própria natureza do atendimento ambulatorial, que não tem uma vigilância ativa diária como no hospital, à escassez de dados nas evoluções do prontuário e por estar ainda na dependência da memória de algum evento pela PVHIV. Esses fatores podem ter levado o pesquisador a um resultado cuja acurácia necessitaria ser aumentada, assim como a utilização de métodos analíticos mais específicos para a determinação da imputabilidade e causalidade;
- Nesse mesmo sentido, não foi possível determinar, como um *outcome primário*, o impacto das IF propostas para cada problema de saúde/PRM detectado/prevenido por duas perspectivas. Primeiramente, a grande maioria dos problemas estava relacionada com questões educativas de promoção de saúde e com estratégias de favorecimento da adesão. Assim, não era possível, aferir de maneira pontual a efetivação destas na rotina dos acompanhados, apenas no seguimento global/longitudinal da taxa de adesão. Uma segunda questão é que outra parcela significativa das IF foi relativa à prevenção das reações adversas e mudanças/ajustes terapêuticos, com necessidade de envio ao médico. Nesses casos, só eram analisadas pelos profissionais no encontro seguinte, o que, dificultou a avaliação da influência da AF, no âmbito de validação final do desfecho deste tipo de intervenção;
- A inexistência de escalas específicas para a avaliação de parâmetros qualitativos, de métodos analíticos mais precisos, de critérios para a definição de amostras com o número de pacientes em relação à doença estudada e de trabalhos na literatura, descrevendo textualmente o método de categorização dos PRM/IF, representou uma

real dificuldade nesse estudo. Todos esses fatores, associados ou não, possivelmente geraram vieses à pesquisa, principalmente na aferição e análise;

- As pesquisas publicadas mundialmente ainda não demonstraram um análise estatística adequada aos estudos em AF. Além disso, o longo período do estudo para que fosse completada a amostra projetada (quatro anos e dois meses) e o complexo instrumento de coleta de dados, com um elevado quantitativo de parâmetros e observações a serem analisadas diariamente, repercutiu em um banco de dados consideravelmente denso e complexo. Esse fato, exigiu um excessivo tempo de análise dos dados (18 meses) por parte dos doutorando, orientador e grupo de professores estatísticos do Laboratório de Estatística e Matemática Aplicada da Universidade Federal do Ceará. Essa situação foi ainda acentuada pela mudança de estudantes colaboradores na pesquisa, devido ao término da bolsa, como também pela troca de farmacêuticos que pode ter gerado flutuações no padrão de coleta das informações.
- Por fim, são desafiadoras as próprias características envoltas no processo saúde-doenças e na interface sócio-econômico-cultural dos sujeitos que vivem com HIV, principalmente na fase que este estudo se realizou, onde as condições de enfrentamento e as necessidades motivacionais se colocam pulsantes para que os mesmos não caiam no abismo desmotivacional, e com isso, não façam a adesão adequada e não sejam atingidos os indicadores clínicos e humanísticos propostos.

9. RECOMENDAÇÕES

- ❖ O portador do vírus HIV/AIDS, por apresentar seu sistema imunológico deficiente, está sujeito a apresentar vários tipos de infecções oportunistas que levam a uma maior utilização de medicamentos, além dos ARV. É preciso um estudo mais aprofundado com métodos que façam uma busca ativa de problemas relacionados aos medicamentos usados, uma vez que estes podem surgir a qualquer momento e podem comprometer ainda mais a qualidade de vida dos usuários.
- ❖ Recomenda-se, em estudos futuros, o confronto dos registros de dispensação dos ARV com outros métodos de adesão à TARV para que possam ser criados indicadores locais desses métodos, e assim, uma comparação entre os mesmos por testes estatísticos, na busca da definição de qual melhor se adequa a cada situação ou público-alvo.
- ❖ Sugere-se que os instrumentos e indicadores de processo e resultado aqui elaborados e utilizados possam ser aplicados em estudos futuros por diferentes grupos de pacientes crônicos e serviços de cuidados farmacêuticos, visando atingir os desfechos observados e a melhoria contínua das atividades de AF.
- ❖ Indiscutivelmente, é sabido que os profissionais de saúde, articulados em equipes multidisciplinares, devem ter em mente que, para alcançar um tratamento com efetividade, deve-se buscar uma aliança com o paciente. Para isso, é preciso considerar um monitoramento individual, suporte social e esforços de orientação sobre a doença ainda estigmatizada e que, mesmo com um programa que busca a inserção, como o do Brasil, de muitas pessoas que vivem o dilema da infecção com HIV, ao se deparar com essa nova realidade, enfrentam barreiras que brotam desde a negação em si mesmo, até o lidar da negação com a sociedade.
- ❖ Para tanto, recomendam-se estratégias que vão muito além de disponibilizar o medicamento ou organizar estruturas de acesso ao atendimento desses cidadãos. É necessário, juntamente com um acolhimento ativo, uma verdadeira política pública de não marginalizar os que vivem com o HIV em postos de trabalho e no seio familiar e um trabalho de cuidado plural em termos profissionais, mas centrado no SER HUMANO!

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABELLA, C. C.; GALLARDO, D. A.; HORCAJADA, C. M. Atención farmacêutica em pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. *Pharmaceutical Care España*. 5:146-150; 2003.
- ABURUZ, S. M.; BULATOVA, N. R.; YOUSEF AL-M M. Comprehensive assessment of treatment related problems in hospitalized medicine patients in Jordan. *Int J Clin Pharm*, 33:501–511, 2011.
- ACRI, T; TENHAVE, T. R; CHAPMAN, J. C.; BOGNER, H. R; GROSS, R. Lack of association between retrospectively collected pharmacy refill data and electronic drug monitoring of antiretroviral adherence. *AIDS Behav. August* ;14(4): 748–754; 2010.
- ACURCIO, F. A.; GUIMARÃES, M. D. C. Utilização de medicamentos por indivíduos HIV positivos: abordagem qualitativa. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 73-84, jan./fev. 1999.
- AGRESTI, A. *Categorical data analysis*. 1. ed. New York: John Wiley & Sons, 558p, 1990.
- AIDS Education & Training Centers National Resource Center 2010. Disponível em : <http://www.aids-etc.org>/acessada em 12 de Novembro de 2011.
- ALFARO, M. R.; FERNÁNDEZ, C. G.; GROSS, S. C.; SOCORRO, Y. A. Farmacovigilancia en pacientes con el virus de inmunodeficiencia humana/sida en un hospital de Zimbabwe. *MEDISAN* vol.16 no.3 Santiago de Cuba mar. 2012.
- ALMEIRA,R.F.C, VIEIRA A.P.G.F. *RBPS*, 23(3): 251-259, jul./set., 2010.
- ÁLVARES, J. Avaliação do registro diário de medicamentos como instrumento de medida de adesão, Belo Horizonte, 2001-2003. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.
- ALVAREZ DE TOLEDO, F.; DAGO, A. M.; EYARALAR, T. Problemas relacionados con medicamentos. In: *Master de Atención Farmacéutica Comunitaria*. Volumen VII. Valencia. Universidad de Valencia; 1999.
- AMARAL, M. F. Z. J.; AMARAL, R. G.; PROVIN, M. P. Intervenção Farmacêutica no Processo de Cuidado Farmacêutico: uma revisão. *Revista Eletrônica de Farmácia*. Vol 5(1), 60-66, 2008.

- AMARANTE, L. C. A influência do acompanhamento farmacoterapêutico na adesão à terapia anti-hipertensiva e no grau de satisfação do paciente. *Rev. Ciênc. Farm. Básica Aplicada*, v.31, n.3, p.209-215, 2010.
- AMBIEL, I. S. S.; MASTROIANNI, P. C. Outcomes of Pharmaceutical Care in Brasil: a literature review. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, 2013.
- ANDERSON, J.P.; KAPLAN, R.M.; COONS, S.J.; SCHNEIDERMAN, L.J. Comparison of the Quality of Well-Being Scale and the SF-36 Results Among Two Samples of Ill Adults: AIDS and Other Illnesses. *J Clin, Epidemiol*, v.51, n. 9, p. 755–762, 1998.
- ANDRÉ, A. P. A. Avaliação da não adesão à terapia antirretroviral de alta eficácia utilizando os registros de dispensação da farmácia em um centro de referência microrregional em DST/HIV/AIDS. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Ouro Preto, Escola de Farmácia, Programa de Pós Graduação em Ciências Farmacêuticas. Universidade Federal de Ouro Preto, mg. 118f. 2013.
- ANGONESI, D. Dispensação farmacêutica: uma análise de diferentes conceitos e modelos Pharmaceutical dispensing: an analysis of different concepts and models. *Ciências & Saúde Coletiva*, 13 (Suplem):629:640, 2008.
- ARAÚJO, A.L.A.; UETA, J.M.; FREITAS, O. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. *Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.*, v. 26, n.2, p. 87-92, 2005.
- ARGILAGOS, C. S., BRUGUERAS, M. C. Actuación del profesional farmacêutico paramejorar la adherencia de los pacientes en sustratamientos farmacoterapêuticos. *Rev Cubana Farm* v.42 n.2 Ciudad de la Habana Mayo-ago. 2008.
- ARMANDO, P. D.; MARTÍNEZ PÉREZ, S. R.; MOLINA GUERRAB, A. C.; MARTÍ PALLARÉS, M.; SOLÁ UTHURRYC, N. H.; FAUS DÁDER, M. J. Desarrollo y validación de un cuestionario de satisfacción de pacientes con el seguimiento farmacoterapêutico en farmaciascomunitarias. *Rev Calid Asist.* 2012.
- ARMANDO, P.; UEMA, S.; SOLA, N. Valoración de la satisfacción de los pacientes con el seguimiento farmacoterapêutico. *Seguimiento Farmacoterapêutico*; 3(4): 205-212; 2005.
- ARPINELLI, F.; VISONÀ, G.; BRUNO, R.; DE CARLI, G.; APOLONE, G. Health-Related Quality of Life in Asymptomatic Patients with HIV Evaluation of the SF-36 Health Survey in Italian Patients. *Pharmacoeconomics*, v.18, n.1, p.63-72, 2000.

- ARRAIS, P. S. D. O uso irracional de medicamentos e a farmacovigilância no Brasil. *Cad Saúde Pública*; 18:1478-9. 2002.
- ASHP - AMERICAN SOCIETY OF HOSPITAL PHARMACY. Best practices for Hospital & Health-Systems Pharmacy: position & guidance documents of ASHP. Bethesda, 2005-2006. 2006.
- ASHP - AMERICAN SOCIETY OF HOSPITAL PHARMACY. ASHP statement on the pharmacist's role in the care of patients with HIV infection. *Am. J. Health-Syst. Pharm.*, v. 60, n. 19, p. 1998-2003, 2003.
- ATKINSON, M. J.; PETROZZINO, J. J. An evidence-based review of treatment-related determinants of patients' nonadherence to HIV medications. *AIDS Patient Care and STDs*; 23: 903-914; 2009.
- BAENA, M. I.; MARTÍNEZ-OLMOS, J.; FAUS, M. J.; FAJARDO, P.; MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, F. El seguimiento farmacoterapéutico: un componente de la calidad en la atención al paciente. *Ars Pharm.* 46: 213-32; 2005.
- BALIGH, R.; YEHA, B. R.; MEHTA, J. M.; CIUFFETELLI, D.; MOORE, R. D., PHAM, P. A.; METLAY, J. P.; GEBO, K. A. Antiretroviral Medication Errors Remain High but Are Quickly Corrected Among Hospitalized HIV-Infected Adults. *Clinical Infectious Diseases Advance*. May 31, 2012.
- BANGSBERG, D. R. Less Than 95% Adherence to Nonnucleoside Reverse-Transcriptase Inhibitor Therapy Can Lead to Viral Suppression. *Clinical Infectious Diseases*. 43:939-41; 2006.
- BARACAT, M. M. Z. Uma análise do programa brasileiro de DST/Aids sob a perspectiva da sustentabilidade social. Universidade Federal do Paraná. Curitiba. Dissertação (Mestrado). 154f. 2013.
- BARBANTI, E. J. Efeito da atividade física na qualidade de vida em pacientes com depressão e dependência química. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, Pelotas-RS, v. 11, n. 1, p. 37-45. 2006.
- BARRUECO, N., CASTILLO, I., AIS, A., MARTÍNEZ, C., SANJURJO, M. Programa de atención farmacéutica a pacientes pediátricos en tratamiento antirretroviral. *FARM HOSP*. Vol. 29. N.º 6, pp. 367-374, 2005.
- BARRUETA, O. I.; VALÍN, L.O. Encuesta de la situación de la atención farmacéutica en el paciente con VIH en España. *Farm Hosp*. 32(3):170-7. 2008.

- BASCUÑÁN, M.L. Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Rev. Med. Chil.* 133: 11-6. 2005.
- BASTIANI, J. DE A. N. TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA AIDS EM FLORIANÓPOLIS (1986 – 2006). Dissertação de Mestrado. UFSC, Florianópolis, 2010.
- BASTOS FI, SWARCWALD CL. Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cad Saúde Pública.* 2000;16(1):65-76.
- BASTOS, FI. Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventario de conhecimento, atitudes e praticas de risco relacionadas as infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST-AIDS e Hepatites Virais, 2009.
- BELLO SI, BELLO IK. Quality of life of HIV/AIDS patients in a secondary health care facility, Ilorin, Nigeria. *Proceedings (Bayl Univ Med Cent).* Apr;26(2):116-9. 2013.
- BERG K, ARNSTEIN J. Practical and conceptual challenges in measuring antiretroviral adherence. *J Acquir Imunne Defic Syndr;* 43(Suppl. 1):S79-S87. 2006.
- BERGER, K.; EICKHOFF, C.; SCHULZ, M. “Counselling quality in community pharmacies: implementation of the pseudo customer methodology in Germany”. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, pages 45-57. 2005.
- BERTO, Y. M; FREITAS JR., L. M; NETO, V. S. G. Avaliação da Atenção Farmacêutica prestada pelas Farmácias comunitárias no município de São Luís-MA. *Infarma.* v. 21, 2009.
- BHANDARI, A., WAGNER, T. Self-Reported Utilization of Health Care Services: Improving Measurement and Accuracy. *Med Care Res Rev* 63: 217, 2006.
- BIRD LE, PHILIP PC, GUILLAUME BE, STEWART-JONES JR, STUART DI. Cloning, expression, purification, and crystallisation of HIV-2 reverse transcriptase. *Protein Expr Purif;* 27:12-18; 2003.
- BISSON, G. P.; GROSS, R.; BELLAMY, S.; CHITTAMS, J.; HISLOP, M.; REGENSBERG, L. Pharmacy refill adherence compared with cd4 count changes for monitoring HIV-infected adults on antiretroviral therapy. *PLoS Med;* 5:e109. 2008.
- BLANSKI, C. R.; LENARDT, M. H. A. Compreensão da terapêutica medicamentosa pelo idoso. *Nursing Journal of Rio Grande do Sul;* 26(2):137-281. 2005.

- BLATT, C. R.; CITADIN, C. B.; SOUZA, F. G. DE; MELLO, R. S. DE; GALATO, D. Avaliação da adesão aos anti-retrovirais em um município no Sul do Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 42(2):131-136, mar-abr, 2009.
- BLUML, B. M. Definition of Medication Therapy Management: Development of Profession wide Consensus. Vol. 45. Washington, D.C.: ETATS-UNIS: American Pharmacists Association, 2005.
- BOMTEMPO, N. M. Estudo de fatores de risco para uso irregular do tratamento anti-retroviral, em um serviço público de referência, em Minas Gerais. Dissertação, (Mestrado em Medicina Tropical) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.
- BONOLO, P. F. et al. Non-adherence among patients initiating antiretroviral therapy: a challenge for health professionals in Brazil. *AIDS*, Londres, v. 19, supl. 4, p. 5-13, out. 2005.
- BONOLO, P. DE F.; GOMES, R. R. DE F. M.; GUIMARAES, M. D. C. Adherence to antiretroviral therapy (HIV/AIDS): factors associated and adherence strategies. *Epidemiol. Serv. Saúde*, vol.16, no.4, p.267-278, Dec. 2007.
- BORGES, M. J. L.; SAMPAIO, A. S.; GURGEL, I. G. D. ; Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(1):147-156, 2012.
- BJORKMAN, I. K. ; BERNSTEN, C. B.; Sanner, M. A. ; Care ideologies reflected in 4 conceptions of pharmaceutical care . *Research in Social and Administrative Pharmacy* 4 332–342, 2008.
- BORGES, M. J. L., SAMPAIO, A. S., GURGEL, I. G. D. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(1):147-156, 2012.
- BRASIL e. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 3916 de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da União* 1998, 10 nov.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para terapia antirretroviral em adultos vivendo com HIV/aids no Brasil: versão preliminar. Brasília, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Relatório de Progresso da Resposta Brasileira ao HIV/AIDS (2010-2011). Brasília, DF. 2012.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: coletânea de estudos do Projeto Atar : Projeto Atar / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Conjunta nº 2, de 27 de março de 2007. Define como serviço para o tratamento das lipodistrofias do portador de HIV/AIDS aquele que possui condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos capacitados a prestarem assistência especializada aos portadores de Lipodistrofia associada ao HIV/AIDS. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 mar. 2007.
- 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: Ministério da Saúde; (Serie A. Normas e Manuais Técnicos); 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Farmacêutica. Brasília, DF, 2007. Disponível em:<>. Acesso em: 9 dez. 2011.
- BRASIL, MINISTÉRIO da Saúde. Recomendações para terapia antirretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV. 2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Acesso universal no Brasil: cenário atual, conquistas, desafios e perspectivas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- 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.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). A Assistência e as Alternativas - Serviço de Assistência Especializada (SAE). Disponível em: http://www.aids.gov.br/tipo_endereco/servico-de-assistencia-especializada-em-hivaids [acessado 12 Março 2013].
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Alternativas Assistenciais à Aids no Brasil: as estratégias e resultados para a implantação da rede de Serviço de Assistência Especializada. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/udtv/bolepid/alternativas.html>[acessado 2008 out 07].
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS. Boletim epidemiológico AIDS. Brasília-DF, Ano III, nº 1, a. p. 3-5; Jan a Jun/ 2006.

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Plano Estratégico do PN-DST/Aids para 2005*. Brasília, Mar. 2005.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria MS nº 3916 de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da União*. 10 nov, 1998.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim epidemiológico AIDS. Brasília-DF, Ano III, nº 1, Jan a Jun/ a. p. 3-5. 2006.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, AIDS e hepatites virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para adultos vivendo com HIV/AIDS. Brasília – DF. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). A Assistência e as Alternativas - Serviço de Assistência Especializada (SAE). Disponível em:
http://www.aids.gov.br/assistencia/aids1/relativ_anexo2.html. [acessado 2014 Ago 06].
- BRAWLEY, L.R; CULOS-REED, N. Studying adherence to therapeutic regimens: overview, theories, recommendations. *Controlled Clinical Trials* 21:156s-163s. 2000.
- BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 34(2): 207-217, mar-abr, 2000.
- BRITO, A. M.; SZWARCOWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. Fatores associados com interrupção de tratamento anti-retroviral em adultos com Aids. Rio Grande do Norte, Brasil, 1999-2002. *Rev Assoc Med Bras* (1992); 52:86-92; 2006.
- BRITO, D.M.S. Guia de cuidados aos pacientes em uso de terapia antirretroviral. Fortaleza. 68p. 2012.
- BRITO, D. M. S. Qualidade de vida e percepção de doença entre portadores de hipertensão arterial. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro-RJ, v. 24, n. 4, p. 933-940, abr. 2008.
- BRITO, M.A. Fármacos recentes usados para o tratamento da infecção pelo HIV-1: enfuvirtida, maraviroc, raltegravir e etravirina. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*.32(2):159-168, 2011.
- BUFFINGTON, D. E. Future of medication therapy management services in delivering patient-centered care. *Am J Health Syst Pharm*; 64:S10–S12; 2007.
- CAIN, L. E.; LOGAN, R.; ROBINS, J. M.; STERNE, J. A.; SABIN, C.; BANSI, L.; JUSTICE, A.; GOULET, J.; VANSIGHEM, A.; DE WOLF, F.; BUCHER, H. C.; VON WYL, V.; ESTEVE, A.; CASABONA, J.; DEL AMO, J.; MORENO, S.; SENG, R.; MEYER, L.; PEREZ-HOYOS, S.;

MUGA, R.; LODI, S.; LANOY, E.; COSTAGLIOLA, D.; HERNAN, M. A. When to initiate combined antiretroviral therapy to reduce mortality and AIDS-defining illness in HIV-infected persons in developed countries: an observational study. HIV-CAUSAL Collaboration. *Ann Intern Med.* 19;154(8):509-15; Apr 2011.

- CAELLES, N.; IBÁÑEZ, J.; MACHUCA, M.; MARTÍNEZ-ROMERO, F.; FAUS, M. J. Entrevista farmacéutico-paciente en el Programa Dáder de seguimiento farmacoterapéutico. *Pharmaceutical Care España.* 4:55-59; 2002.

- CAMPOS, D.P. Efeito do Critério de Diagnóstico da AIDS e da Adesão ao Tratamento Anti-Retroviral na Progressão Clínica em HIV/AIDS. Ministério da Saúde. Fundação Osvaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP - Teses de Doutorado). Rio de Janeiro, 2009.

Disponível

em:

62http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2607/1/ENSP_Tese_Campos_Dayse_Pereira.pdf.

Acesso em 27/08/2013.

- CANTWELL-MCNELIS, K.; JAMES, C. W. Role of clinical pharmacists in outpatient HIV clinics. *Am. J. Health Syst. Pharm.* 59:447-452. 2002.

- CARDOSO, G. P.; ARRUDA, A. As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 151-162, 2005.

- CARDOSO, F.; RAMOS, H.; LOBO, M. Perfil epidemiológico de infectados pelo vírus HIV com dermatoses em Natal/ RN, Brasil. *An. Bras. Dermatol.* 78(1):35-47; 2003.

- CARMODY, E. R. An evaluation of antiretroviral HIV/AIDS treatment in a Rio de Janeiro public clinic. *Trop Med Int Health*, v.8, n.5, p.378-385, may. 2003.

- CARPENTIER, C. J.; COOPER, D. A.; FISCHL, M. A.; GATELL, J. M.; GAZZARD, B. G.; HAMMER, S. M. Antiretroviral therapy in adults. Update recommendations of the international AIDS Society-USA Panel. *JAMA*; 283:381-90; 2000.

- CARRIERI, M.P., LEPORT, C., PROTOPOPESCU, C., CASSUTO, J.P. et al. Factors associated with nonadherence to highly active antiretroviral therapy. A 5-year follow-up analysis with correction for the bias induced by missing data in the treatment maintenance phase. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, v.41, n.4, p.477- 485, 2006.

- CARTER, B. L.; MALONE, D. C.; BILLUPS, S. J.; VALUCK, R. J.; BARNETTE, D. J.; SINTEK, C. D. Interpreting the findings of the IMPROVE study. *Am J Health Syst Pharm.* 58:1330---7; 2001.
- CARVALHO, C. V.; DUARTE, D. B.; MERCHÁN-HAMANN, E.; BICUDO, E.; LAGUARDIA, J. Determinantes da aderência á terapia anti-retroviral combinada em Brasília, Distrito Federal, Brasil, 1999-2000. *Caderno de Saúde Pública* 19:593-604, 2003.
- CARVALHO, C. V. de; MERCHAN-HAMANN, E.; MATSUSHITA, R. Determinantes da adesão ao tratamento anti-retroviral em Brasília, DF: um estudo de caso-controle. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, Uberaba, v. 40, n. 5, Oct. 2007.
- CARVALHO, P. P.; ROSS, J. DE R.; COSTA, J. F.; LAGO, E. C. Percepções do portador de HIV/AIDS sobre sua assistência em um serviço especializado em Caxias – MA. *R. Interd.* v. 7, n. 2, p. 79-84, abr. mai. jun. 2014.
- CASCADE. *Virology Collaboration*. The impact of transmitted drug resistance on the natural history of HIV infection and response to first-line therapy. **AIDS**, [S.l.], v. 20, p. 21-28, 2006.
- CASTILLO, E., PALEPU, A., BEARDSSELL, A., AKAGI, L., YIP, B., MONTANER, J.S.G., HOGG, R.S. Outpatient pharmacy care and HIV viral load response among patients on HAART. *AIDS Care*, v.16, n.4, p.446-457, 2004.
- CASTRO, M S DE; CHEMELLO, C; PILGER, D; JUNGES, F; BOHNEN, L; ZIMMERMAN, L M; PAULINO, M A; FERREIRA, M B C; FUCHS, F D. Contribuição da atenção farmacêutica no tratamento de pacientes hipertensos. *Rev Bras Hipertens* vol.13(3):198-202, 2006.
- CASTRO, A. P.; MAGALHÃES, M.; LIRIO, M.; PASTE, A. A. Perfil socioeconômico e clínico dos pacientes internados com hiv/aids em hospital de salvador, Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.37, Suplemento 1, p.122-132 jan./mar. 2013.
- CEARÁ. Secretaria de Saúde. Fortaleza, Ce. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/index.php/noticias/45704-guia-orienta-sobre-terapia-antirretroviral-para-pacientes-com-aids>. Acesso em: 13 de Janeiro de 2013.
- CECCATO, M. G. B.; ACURCIO, F. A.; BONOLO, P. F.; ROCHA, G. M.; GUIMARÃES, M. D. C. Compreensão de informações relativas ao tratamento antirretroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, p. 1388-1397, 2004.

- CECCATO, M. G. B.; ACURCIO, F. A.; CÉSAR, C. C.; BONOLO, P. F.; GUIMARÃES, M. D. C. Compreensão da terapia anti-retroviral: uma aplicação de modelo de traço latente. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(7):1689-1698, jul., 2008.
- CELS, I.C.; ESTELA, A.C.; RIBA, R.F.; ESTEBAN, L.S.; BONAL, J.; GAMUNDI, M.C. Documentación y evaluación de las intervenciones farmacéuticas. Barcelona: Ediciones Mayo, 2000.
- CERDÁ, J. M. V.; ALMINANA, M. A. Programa de atención farmacéutica a pacientes VIH con tratamiento antiretroviral: metodología y documentación. *Farm. Hosp.*, v. 28, p. 72-79, 2004.
- CERDÁ, J. M. V., GIMENO, G. S., BOQUET, E. M., VILLALBA, E. M. F., ALMIÑANA, M. A. Satisfacción percibida por pacientes infectados por el VIH con la unidad de atención farmacéutica a pacientes externos (UFPE). *Farmacia Hospitalaria*, v.29, p.134-139, 2005.
- CERULLI, J. "The role of the community pharmacist in identifying, preventing and resolving drug-related problems." *Medscape Pharmacists*, New York, pages 1-5. 2001.
- CESAR, C.; SHEPHERD, B. E.; KROLEWIECKI, A. J. Rates and Reasons for Early Change of First HAART in HIV-1 infected Patients in 7 Sites throughout the Caribbean and Latin America. *PloS ONE*, v.5, p.1-10, June 2010.
- CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C.; FRANKES, M. Resultados del ejercicio de la atención farmacéutica. *Pharm Care Esp*; 2:94-106; 2000.
- CHANDRA, P. S.; GANDHI, C.; SATISHCHANDRA, P.; KAMAT, A.; DESAI, A.; RAVI, V. Quality of life in HIV subtype C infection among asymptomatic subjects and its association with CD4 counts and viral loads - a study from South India. *Qual Life Res*; 15: 1597-605; 2006.
- CHATKIN, J. M. Adesão ao tratamento de manutenção em asma (estudo ADERE). *J. bras. pneumol.*, São Paulo, v. 32, n. 4, ago. 2006.
- CHAUD, M.V.; GREMIÃO, M.P.D.; FREITAS, O. Reflexão sobre o ensino farmacêutico. *Rev. Ciên. Farm.*, v.25, n. 1, p.65-68, 2004.
- CHEN, LF, Hoy J, Lewin, SR. Ten years of highly active antiretroviral therapy for HIV infection. *Med J Aust*.186:16-51. 2007.
- CHEN, W. C. Satisfaction with pharmaceutical care|| Tese de Doutorado, Faculty of the Graduate School of Saint Louis University. 2006.
- CHESNEY MA. The elusive gold standard. Future perspectives for HIV adherence assessment and intervention. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*; 43: S149-S155; 2006.

- CHESNEY, M. A. Factors affecting adherence to antiretroviral therapy. *Clinical Infections Diseases* 30:171-176, 2000.
- CHEQUER, P. Aids: Brasil dá exemplo de resposta às demandas sociais. Especial AIDS. Agência Fiocruz de Notícias. Saúde e Ciências para todos. Rio de Janeiro, Abr., 2004.
- CHESNEY MA. The elusive gold standard. Future perspectives for HIV adherence assessment and intervention. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*;43.2006.
- CHISHOLM-BURNS, M. A; KIM LEE, J.; SPIVEY, C. A; *et al.* US pharmacists' effect as team members on patient care: systematic review and meta-analyses. **Medical care**, v. 48, n. 10, p. 923-33, out 2010.
- CICONELLI, R. M. et al. Brazilian-Portuguese version of the SF36. A reliable and valid quality of life outcome measure. São Paulo, *Rev Bras de Reumatologia*, V.39, Nº. 03, Mai-Jun, 1999.
- CIPOLLE, R.; STRAND, L.; MORLEY, P. *Pharmaceutical care practice*. New York: McGraw Hill, 1998.
- CIPOLLE, R.J.; STRAND L.M.; MORLEY, P.C.. "Pharmaceutical Care Practice: the clinician's guide". 2. ed., McGraw-Hill, New York. 2004.
- CODES JS, COHEN DA, MELO NA, TEIXEIRA GG, LEAL AS, SILVA TJ, OLIVEIRA MPR. Detecção de doenças sexualmente transmissíveis em ambientes clínicos e não clínicos na Cidade de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*; 22(2):325-334. 2006.
- CODINA-JANÉ, C.; CREUS, M. T.; BARRUETA, O. I.; SÁNCHEZ, O. D.; ECHEVARRÍA, O. M.; DÍAZ, B. G. Evaluación de un programa de atención farmacéutica dirigido a mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. *Farm. Hosp.*, v. 28, Suppl. 1, p.19-26, 2004.
- CODINA JANÉ C. Evaluación de la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran eficacia en los pacientes infectados por el VIH. Estudio prospectivo de una cohorte de 649 casos (1998-200) [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2004.
- CODINA, C.; SARDÁ, P.; SALVADOR, E.; MONTERDE, J.; RIBAS, J. Database program for creating individualized patient drug information and medication schedules. *Am J Hosp Pharm*; 49: 131-132; 1992.
- CODINA, C.; TUSET, M.; MARTÍNEZ, M.; CACHO, E. del. Adherencia tarv/tbc. Programa de atención farmacéutica. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. Vol 1, No 4. 1999.
- COLOMBRINI, M. R. C.; LOPES, M. H. B. DE M.; FIGUEIREDO, R. M. DE. Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS. *Rev Esc Enferm USP*; 40(4):576-81. 2006.

- COOK, C. L.; WADE, W. E.; MARTIN, B. C.; PERRI, M. Concordance among three self-reported measures of medication adherence and pharmacy refill records. *J Am Pharm Assoc.* 45(2):151-9; 2005.
- CORBETT, C. F.; SETTER, S. M.; DARATHA, K. B.; NEUMILLER, J. J.; WOOD, L. D. Nurse identified hospital to home medication discrepancies: Implications for improving transitional care. *Geriatr Nurs*; 31:188–196; 2010.
- CORRER, C. J, SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. *Rev Pan-Amaz Saude*; 2(3):41-49. 2011.
- CORRER, C. J.; PONTAROLO, R.; MELCHORS, A. C.; SOUZA, R. A. DE P. E.; ROSSIGNOLI, P.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F. Satisfação dos usuários com serviços da farmácia: tradução e validação do Pharmacy Services Questionnaire para o Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(1):87-96, jan, 2009.
- COSTA, C. G. R. Papel da intervenção farmacêutica na evolução dos parâmetros clínicos e na resolução de problemas farmacoterapêuticos em pacientes HIV positivos. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP. 2012.
- COSTA, D. C. B; SARMENTO, D. J. C. ; SILVEIRA, E. J. D. Manifestações orais em pacientes HIV+ na era da terapia anti-retroviral de alta atividade: o que mudou? – uma atualização para o clínico; *Int J Dent*, Recife, 10(2): 97-102, abr./jun.,2011.
- COSTA, W.; JOSÉ, R.N.; MENENDEZ, E.; DÓSEA, M.; SILVA, L.; JABBUR, M.; LIMA, A. P.; LYRA JUNIOR, D. A system to help the teaching of Pharmaceutical Care. EATIS'12, Valencia, Spain. May 23-25, 2012.
- CPA. Commonwealth Pharmaceutical Association. The role of the pharmacist in the prevention and management of HIV/Aids. *The Pharmaceutical Journal*, v.271, Dec. 2003.
- CRUZ, A. D.; COUTINHO, E. C. M.; RIOS, P. S. DE S.; RIOS, M. C. Avaliação do conhecimento e conduta dos farmacêuticos, responsáveis por farmácias comunitárias em Aracaju-SE. *Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde*, Aracaju. v. 1. n.16. p. 81-94. mar. 2013.
- DÁDER, M. J. F.; HERNÁNDEZ, D. S.; CASTRO, M. M. S. Método Dáder. Guía de seguimiento farmacoterapéutico. 3.ed. Granada: S.C.And. Granada; 2007.
- DADER, M. J. F.; MUÑOZ, P. A.; MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, F. Atenção Farmacêutica: conceitos, processos e casos práticos. Editora RCN. São Paulo, 2008.

- D'ANDRÉA, R.D. DA SILVA, G.P. MARQUES, L.A.M. RASCADO, R.R. *Revista Eletrônica de Farmácia* Vol. IX (2), 49 – 60, 2012.
- De CLERCQ E. New developments in anti-HIV-1 chemotherapy. *Biochim & Biophys Acta.*; 1587:258-75. 2002.
- DELGADO, A. B.; LIMA, M. L. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicol. Saúde Doença*, v. 2, n. 2, p. 81-100, 2001.
- DOCUMENTO DE CONSENSO FORO DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA. *Farmacia Comunitaria. Guía Práctica para los Servicios de Atención Farmacéutica en la Farmacia Comunitaria.* 1.a ed. Madrid: Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos;2010.
- DONABEDIAN A. *La Calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación.* México: La Prensa Médica Mexicana, 1984.
- DONG, X.; FETTEROLF, D. Specialty pharmacy: An emerging area of interest for medical management. *Dis Manage*; 8:73–85; 2005.
- DUONG, M., PIROTH, L., GRAPPIN, M., FORTE, F., PEYTAVIN, G. et al. Evaluation of the medication adherence questionnaire as a tool for self-reported adherence assessment in HIV-infected patients on antiretroviral regimens. *HIV Clinical Trial*, v.2, n.2, p.128-135, 2001.
- ELLIS, S. L.; CARTER, B. L.; MALONE, D. C.; BILLUPS, S. J.; OKANO, G. S.; VALUCK, R. J. Clinical and economic impact of ambulatory care clinical pharmacists in management of dyslipidemia in older adults:the IMPROVE study. *Impact of Managed Pharmaceutical Care on Resource Utilization and Outcomes in Veterans Affairs Medical Centers.* *Pharmacotherapy.* 20:1508---16; 2000.
- ELLITT, G. L.; BRIEN, J. E.; ASLANI, P.; CHEN, T. F. Quality patient care an pharmacist' role in its continuity. A systematic review. *Ann Pharm.* 43:677---91; 2009.
- EMMERICK, I. C. M. *Abordagens metodológicas para a avaliação da qualidade da dispensação de medicamentos.* Rio de Janeiro s.n. Pp. 60. 2004.
- EMERY, S.; NEUHAUS, J. A.; PHILLIPS, A. N.; BABIKER, A.; COHEN, C. J.; GATELL, J. M.; GIRARD, P. M.; GRUND, B.; LAW, M.; LOSSO, M. H.; PALFREEMAN, A.; WOOD, R. Major clinical outcomes in antiretroviral therapy (ART)-naive participants and in those not receiving ART at baseline in the SMART study. *Strategies for Management of Antiretroviral Therapy (SMART).* *J Infect Dis.* Apr 15;197(8):1133-44; 2008.

- ESCOBAR, I., KNOBEL, H., POLO, R., ORTEGA, L. et al. Recomendaciones GESIDA/ SEFH /PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el año 2004. *Farmacia Hospitalaria*, supl. 1, p.6-18, 2004.
- ESCOBAR, I.; CAMPO, M.; MARTÍN, J.; FERNÁNDEZ-SHAW, C.; PULIDO, F.; RUBIO, R. Factors affecting patient adherence to highly active antiretroviral therapy. *Ann Pharmacother*; 37: 775-81. 2003.
- ESHER, A.; SANTOS, E. M. DOS; MAGARINOS-TORRES, R.; AZEREDO, T. B. Construindo Critérios de Julgamento em Avaliação: especialistas e satisfação dos usuários com a dispensação do tratamento do HIV/Aids. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. vol.17, n.1, pp. 203-214; 2012.
- ESPAÑA. Vigilancia epidemiológica del SIDA en España. Registro nacional de casos de SIDA. Actualización a 30 de junio de 2009. Informe semestral nº 1, año 2009. Centro Nacional de Epidemiología, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid. 2009.
- FARAGON, J. J. Antiretroviral medication errors in patients with HIV infection. *University of Tennessee Advanced Studies in Pharmacy Review*. Vol. 3, No. 5 December 2006.
- FARIA, C. A qualidade no serviço farmacêutico: Desenvolvimento do instrumento PHARMPERF. Dissertação de Mestrado em Gestão Comercial. Faculdade de Economia, Universidade do Porto. Porto, Portugal. 2009.
- FARLEY, C. K.; PERMANA, A.; READ, T. R. H. Long-term utility of measuring adherence by self-report compared with pharmacy record in a routine clinic setting. *HIV Medicine*, v.6, p.366-369, 2005.
- FAUS, M. J. Atención Farmacéutica como respuesta a una necesidad social. *Ars Pharmaceutica*, v. 41, n. 1, p. 137-143, 2000.
- FAUSTINO, Q. de M. Intervenção cognitivo-comportamental e comportamento de adesão ao tratamento anti-retroviral em pessoas vivendo com HIV/AIDS. 2006. 141 f., il. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Universidade de Brasília, Brasília, 2006.
- FAYERS, P.; MACHIN, D. *Quality of Life: The assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*. 2 ed. Inglaterra: Wiley, 2000.
- FELIX, G.; CEOLIM, M. F. O perfil da mulher portadora de HIV/AIDS e sua adesão à terapêutica antirretroviral*. *Rev Esc Enferm USP*;46(4):884-91; 2012.
- FELKEY, B. G.; BERGER, B. A. Improving Patient Adherence with Antibiotic Therapy Through Patient Counseling. *Benefit Trends*; 7 (6): 19-20, 30-38; 1996.

- FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F. Problemas Relacionados con los Medicamentos. Conceptos y Clasificación: Seguimiento farmacoterapéutico (Método Dáder). *El farmacêutico*, n. 275, p. 54-61, 2002.
- FERREIRA, N.C.A.; FEIJÓ, E. J.; VELLOSO, J. Q.; SANTOS, C.C. C. Terapia Antirretroviral e Assistência Farmacêutica aos portadores do HIV. *Revista Universo*, 2011.
- FERREIRA, J, CAVALCANTI, N.M., AIDAR D.C. G, MIRANDA, V. R., PEREIRA, G. C. A. Caracterização do perfil epidemiológico dos usuários do serviço de atendimento especializado (SAE) de DST/AIDS do município de Ji Paraná/Ro: um relato de experiência. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente 2(Supl-I)*: 11-13, 2011.
- FERREIRA, B. E.; OLIVEIRA, I. M.; PANIAGO, A. M. M. Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. *Rev Bras Epidemiol* 76. 15(1): 75-84; 2012.
- FIGUEIREDO, R. M. DE; SINKOC, V. M.; TOMAZIM, C. C.; GALLANI, M. C. B. J.; COLOMBRIN, M. R. C. Adesão de pacientes com aids ao tratamento com antiretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola. *Rev Latino-am enfermagem*; 9(4):50-5; Julho, 2001.
- FILHO, J. B. de F; CORRER, C. J; ROSSIGNOLI, P; MELCHIORS, A.C.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F.; PONTAROLO, Roberto. Perfil dos farmacêuticos e farmácias em Santa Catarina: indicadores de estrutura e processo. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*. vol. 44, n. 1, jan./mar., 2008.
- FLORES, L. M.; MENGUE, S. S. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*; 39(6):924-929. 2005.
- FOELLMER L., OLIVEIRA K. R.DE, MOREIRA A. C. Uso Racional de Medicamentos: prioridade para a promoção da saúde. *Revista Contexto & Saúde Ijuí*. Editora Unijuí v. 9 n. 18 JAN./JUN. p. 53-62. 2010
- FONSECA, L. C. da; MARTINS, F.J.; VIEIRA, R.C.P.A.; PEREIRA, R.M.C.; FERREIRA, A.S.; RAPOSO, N.R.B. *Evaluation of inadequate anti-retroviral treatment in patients with HIV/AIDS*. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 45(2):151-155, mar-abr, 2012.
- FORNOS, J. A.; ANDRÉS, N. F.; ANDRÉS, J. C.; GUERRA, M. M.; EGEA, B. A pharmacotherapy follow-up program in patients with type-2 diabetes in community pharmacies in Spain. *Pharm World Sci*. 28:65--72; 2006.

- FRANÇA FILHO, J. B. Perfil dos farmacêuticos e farmácias em Santa Catarina: indicadores de estrutura e processo. *Rev. Bras. Ciênc. Farm.*, São Paulo, v. 44, n. 1, mar. 2008.
- FREITAS, O.; CHAUD, M.V.; UETA, J.; SHUHAMA, I.K. O farmacêutico e a farmácia: Uma análise retrospectiva e prospectiva. *Rev. Pharm. Bras.*, v.30, n. p.85-87, 2002.
- FREITAS, E.L. DE.; RAMALHO-DE OLIVEIRA D. & PERINI E. Atenção Farmacêutica - Teoria e Prática: um Diálogo Possível? *Acta Farm. Bonaerense* 25 (3): 447-53; 2006.
- GABRIEL, R.; BARBOSA, DA; VIANNA, L. A. C. Perfil epidemiológico dos clientes com hiv/aids da unidade ambulatorial de hospital escola de grande porte - município de São Paulo. *Rev Latino-am Enfermagem*; 13(4):509-13; 2005.
- GALLEGO, L. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana em la era de la terapia antirretroviral potente: necesidad de un enfoque multidisciplinario. *Med Clin (Barc)*; 115: 576-8; 2000.
- GALLO, J. J.; WHITEHEAD, J. B.; RABINS, P. V.; MURPHY, J. B. Reichel assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento: Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
- GALLO, R. C. A reflection on HIV/AIDS research after 25 years. *Retrovirology* [on line]. 2006; 3(72): 1-7. disponível em <http://www.retrovirology.com> (acessado em 17 Abr 2009).
- GALVÃO, J. AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: Ed.34; 2000.
- GAO, X.; NAU, D. P. Congruence of three self-report measures of medication adherence among HIV patients. *Ann Pharmacother*, 34, 1117 – 22, 2000.
- GARBER, M. C.; NAU, D. P.; ERICKSON, S. R.; AIKENS, J. E.; LAWRENCE, J. B. The concordance of self-report with other measures of medication adherence: a summary of the literature. *Med Care*. 42(7):649-52; 2004.
- GELETKO, S.M.; POULAKOS, M.N. Pharmaceutical services in an HIV clinic. *American Journal of Health-system pharmacy*, v.59, n.8, p.709-713, 2002.
- GILBERT, A. L.; ROUGHHEAD, E. E.; BEILBY, J.; MOTT, K.; BARRATT, J. D. Collaborative medication management services: improving patient care. *Med J Aust*; 177(4):189–192. 2002.
- GILL, C. J.; GRIFFITH, J. L.; JACOBSON, D.; SKINNER, S.; GORBACH, S. L.; WILSON, I. B. Relationship of HIV viral loads, CD4 counts, and HAART use to health-related quality of life. *JAIDS*, 30(5): 485-92; 2002.

- GILLESPIE, U.; ALASSAAD, A.; HENROHN, D.; GARMO, H.; HAMMARLUND-UDENAES, M.; TOSS, H. A comprehensive pharmacist intervention to reduce morbidity in patients 80 years or older. *Arch Intern Med.* 169:894-900. 2009.
- GIR, E.; VAICHULONIS, C.G.; OLIVEIRA, M.D. Adesão à terapêutica anti-retroviral por indivíduos com HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista. *Ver. Latino-Am. Enfermagem.* Vol.13, n.5, pp. 634-641. 2005.
- GOLIN, C. E.; LIU, H.; HAYS, R. D. A prospective study of predictors of adherence to combination antiretroviral medication. *J Gen Intern Med*; 17:756–765; 2002.
- GOMES, B. R. R. DE F. M. Avaliação dos registros de dispensação dos antirretrovirais em indivíduos infectados pelo HIV em serviços de referência. Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. [manuscrito]: Belo Horizonte, 109f. 2008.
- GOMES, D. DA S. Monitoramento da utilização de antirretrovirais em adolescentes hiv/aids. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) – João Pessoa. Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2012.
- GOMES, R. R. F. M.; MACHADO, C. J.; ACURCIO, F. A.; GUIMARÃES, M. D. C. Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicador da não-adesão à terapia antirretroviral em indivíduos infectados pelo HIV. *Cad. Saúde Pública*, v. 25, n. 3, p. 495-506, mar. 2009.
- GRANGEIRO, A. Sustentabilidade da política de acesso a medicamentos antirretrovirais no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v. 40 (Suppl.), p.60-9, 2006.
- GROSS, R.; BILKER, W. B.; FRIEDMAN, H. M.; STROM, B.L. Effect of adherence to newly initiated antiretroviral therapy on plasma viral load. *AIDS*, v.15, n.16, p.2109-2117, 2001.
- GROSS, R.; BILKER, W. B.; FRIEDMAN, H. M.; COYNE, J. C.; STROM, B. L. Provider inaccuracy in assessing adherence and outcomes with newly initiated antiretroviral therapy. *AIDS*; 16:1835–1837; 2002.
- GROSSBERG, R.; ZHANG, Y.; GROSS, R. A time-to-prescription-refill measure of antiretroviral adherence predicted *changes in viral load in HIV*. *Journal of Clinical Epidemiology*, v. 57, p. 1107-1110, 2004.
- GRMEK, M. O enigma do aparecimento da Aids. *Estud Av*; 9(24): 229-239. 1995.
- GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN FARMACÉUTICA UNIVERSIDAD DE GRANADA. Atención-farmacéutica em internet. Disponível <<http://www.atencionfarmaceutica.com>> . Acesso em: 27 Janeiro de 2014.

- GUÉNETTE, L.; MOISAN, J.; PRÉVILLE, M.; BOYER, R. Measures of adherence based on self-report exhibited poor agreement with those based on pharmacy records. *J Clin Epidemiol.* 58(9):924-33; 2005.
- GUSMÃO, J. L.; MION, Jr. D. Adesão ao tratamento – conceitos. *Rev Bras Hipertens* vol.13(1): 23-25, 2006.
- HADDAD, M.; GLAZIER, R. H.; WILKINS, A. L.; URBSHOTT, G. B.; BAYOUMI, A.; ROURKE, S. Patients support and education for promoting ad to highly active antiretroviral therapy for HIV (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2002.
- HALLAL, R.; RAVASI, G.; KUCHENBECKER, R.; GRECO, D. O acesso universal ao tratamento antirretroviral no Brasil. *R Tempus Actas Saúde Col.*; 4(2): 53-65. 2010.
- HAYNES, R. B.; TAYLOR, D. W.; SACKETT, D. L. *Compliance in health care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 516 p. 1981.
- HAYNES, R. B.; MCKIBBON, K. A.; KANANI, R. Systematic review of randomised trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. *Lancet.* 348(9024):383-6; 1996.
- HEELON, M.; SKIEST, D. Effect of a clinical pharmacist's interventions on duration of antiretroviral-related errors in hospitalized patients. *Am J Health Syst Pharm.* 64:2064-2068; 2007.
- HENDERSON, K. C.; HINDMAN, J.; JOHNSON, STEVEN C.; VALUCK, R. J.; KISER, J. J. Assessing the Effectiveness of Pharmacy-Based Adherence Interventions on Antiretroviral Adherence in Persons with HIV. *AIDS PATIENT CARE and STDs*. Volume 25, Number 4, 2011.
- HERNÁNDEZ, I. R.; CAMPS, I. B. B. Social contradictions in pharmaceutical care practice at hospital setting in Cuba. *Revista Cubana de Farmacia.* 46(2):213-223. 2012. - HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm.* 47:533-43; 1990.
- HOGG, W.; LEMELIN, J.; DAHROUGE, S.; ARMSTRONG, C. D.; DERI, C.; LEGAULT, F. Randomized controlled trial of anticipatory and preventive multidisciplinary team care. *Can Fam Physician.* 55:e76--85; 2009.
- HOLLAND, R.; DESBOROUGH, J.; GOODYER, L.; HALL, S.; WRIGHT, D.; LOKE, Y. Does pharmacist-led medication review help to reduce hospital admissions and deaths in older people? A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol.* 65:303--16; 2007.

- HOLLAND, R.; BROOKSBY, I.; LENAGHAN, E.; ASHTON, K.; HAY, L.; SMITH, R. Effectiveness of visits from community pharmacist for patients with heart failure: HeartMed randomized controlled trial. *BMJ*. 334:1098; 2007.
- HOFFMAN, J.; VAN GRIENSVEN, J.; COLEBUNDERS, R.; MCKELLAR, M. Role of the CD4 count in HIV management. *HIV Ther*. 4(1), 27–39. 2010.
- HOGG, W.; LEMELIN, J.; DAHROUGE, S.; ARMSTRONG, C. D.; DERI, C.; LEGAULT, F. Randomized controlled trial of anticipatory and preventive multidisciplinary team care. *Can Fam Physician*. 55:e76---85; 2009.
- HORACE, A. E.; PHILIPS, M. Identification and Prevention of Antiretroviral Medication Errors at an Academic Medical Center. *Hosp Pharm* 2010; 45(12):927–933, 2010.
- HOSSEINIPOUR, M. C.; SCHECHTER, M. Monitoring Antiretroviral Therapy in Resource Limited Settings; Balancing Clinical Care, Technology and Human Resources. Springer Science+Business Media, May, 2010.
- HUGEN, P. W. H.; LANGEBEEK, N.; BURGER, D. M.; ZOMER, B. Assessment of adherence to HIV protease inhibitors: comparison and combination of various methods, including MEMS, patient and nurse report, and therapeutic drug monitoring. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, v.30, n.3, p.324-334, Jul. 2002.
- IGLESIAS, P. Traducción y validación del “*Pharmacy Services Questionnaire*” al portugués (europeo). *Seguim Farmacoter.*, v. 3, n. 1, p. 43-56, 2004.
- INGEBORG, K.; BJØRCKMAN.; CECILIA, B.; BERNSTEN.; MARGARETA, A.; SANNER.; BJØRCKMAN. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 4; 332–342; 2008.
- JIMÉNEZ M. V. M.; DORADO, M. F.; GUERRERO, J. E.; VICENTE, P. J.; MARTÍNEZ, F.M.; MUÑOZ, E. B.; Resultados negativos asociados a la medicación que son causa de visita al servicio de urgencias de un centro de atención primaria. *Atencion Primaria*, Vol.44(3), pp.128-135. 2003.
- JIMÉNEZ, R.M^a. R. Seguimiento Farmacoterapéutico de Pacientes VHI: Efecto sobre la Adherencia y la respuesta virológica. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. Facultad de Farmacia. Granada, España. p.210. 2010.
- JOHANSSON, K. A.; ROBBERSTAD, B.; NORHEIM, O. F. Further benefits by early start of HIV treatment in low income countries: Survival estimates of early versus deferred antiretroviral therapy. *AIDS Research and Therapy*; 7:3. 2010.

- JOHNSON, J. A.; COONS, S. J.; HAYS, R. D.; SABERS, D.; JONES, P.; LANGLEY, P. C. A comparison of satisfaction with mail versus traditional pharmacy services. *J Manag Care Pharm.* 3:327---37; 1997.
- JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS b). AIDS Epidemic Update [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009 December. Disponível em http://data.unaids.org/pub/Report/2009/JC1700_Epi_Update_2009_en.pdf/. [citado 15 Julho 2010].
- MAGALHÃES, K do N. Estudo dos problemas farmacológicos em pacientes HIV+ sob terapia antirretroviral inicial em um Centro de Especialidades Médicas de Fortaleza-Ceará. 2011. 152 f. Dissertação (Mestrado em Farmacologia) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina, Fortaleza, 2011.
- KABOLI, P. J.; HOTH, A. B.; MCCLIMON, B. J.; SCHNIPPER, J. L. Clinical pharmacists and inpatient medical care: a systematic review. *Archives of internal medicine*, v. 166, n. 9, p. 955-64, 8 maio 2006.
- KEISER, O. et.al. Public-health and individual approaches to antiretroviral therapy: township South Africa and Switzerland compared. *Plos Medicine*. v. 5, n. 7, p. 0001-0010, jul, 2008.
- KEITH, H. What's the best way to measure art adherence? *AIDS Clin. Care*, v. 23, n. 3, p. 2011.
- KENNEDY, I. *Brit. Med. J.* 326: 1276-7. 2003.
- KERR, L. Comportamento, atitudes, praticas e prevalencia de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2009.
- KHDOUR, M. R.; KIDNEY, J. C.; SMYTH, B. M.; MCELNAY, J. Clinical pharmacy led disease and medicine management programme for patients with COPD. *Br J Clin Pharmacol.* 68:588---98; 2009.
- KHEIR, N. M.; VAN MIL, J. W.; SHAW. J. P.; SHERIDAN, J. L. Health-related quality of life measurement in pharmaceutical care: targeting an outcome that matters. *Pharm. World Sci.*, Amsterdam, v. 26, n. 3, p. 125-128, June 2004.
- KIBICHO, J.; OWCZARZAK, J. A Patient-Centered Pharmacy Services Model of HIV Patient Care in Community Pharmacy Settings: A Theoretical and Empirical Framework. *AIDS PATIENT CARE and STDs*. Volume 26, Number 1, 2012.

- KNOBEL, H.; CARMONA, A.; GRAU, S.; PEDRO-BOTET, J.; DIEZ, A. Adherence and effectiveness of highly active antiretroviral therapy. *Arch Intern Med*; 158:1953. 1998.
- KOPP, B.; MRSAN, M.; ERSTAD, B.; DUBY, J. Cost implications of and potential adverse events prevented by interventions of a critical care pharmacist. *Am J Health Syst Pharm*, v. 64, n. 23, p. 2483-7, 2007.
- KOZMA, C. M. Outcomes research and pharmacy practice. *Am Pharm*; NS35(7):35-41; 1995.
- KROUSEL-WOOD, M.; THOMAS, S.; MUNTNER, P. Medication adherence: a key factor in achieving blood pressure control and good clinical outcomes in hypertensive patients. *Curr Opin Cardiol*. 19(4):357-62; 2004.
- KRSKA, J.; CROMARTY, J. A.; ARRIS, F.; JAMIESON, D.; HANSFORD, D.; DUFFUS, P. R. Pharmacist-led medication review in patients over 65: a randomized, controlled trial in primary care. *Age Ageing*. 30:205---11; 2001.
- KRUMMENACHER, I.; CAVASSINI, M.; BUGNON, O.; SCHNEIDER, M. P. An interdisciplinary HIV-adherence program combining motivational interviewing and electronic antiretroviral drug monitoring. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*. vol. 23, n.05. 2011.
- KRUMMENACHER, I.; CAVASSINI, M.; BUGNON, O.; SPIRIG, R.; SCHNEIDER, M. P. Antiretroviral adherence program in HIV patients: a feasibility study in the Swiss HIV Cohort Study. *Pharm World Sci* 32:776–786; (2010).
- LANDIS, J. R.; KOCH, G.G. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*, v.33, n.1, p.159-174, mar. 1977.
- LARSON, L. N.; ROVERS, J P.; MACKEIGAN, L. D. Patient Satisfaction With Pharmaceutical Care: Update of a Validated Instrument. *J Am Pharm Assoc* 42(1):44-50, 2002.
- LAZZAROTTO, A. R. O conhecimento de HIV/aids na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale do Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. Vol.13, n.6, pp. 1833-1840. 2008.
- LAW, M. G. A comparison of patient interview data with pharmacy and medical records for patients with acquired immunodeficiency syndrome or human immunodeficiency virus infection. *Journal of Clinical Epidemiology*, v.49, n.9, p.997-1002, 1996.

- LEE, J. Y.; KUSEK, J. W.; GREENE, P. G. Assessing Medication Adherence by Pill Count and Electronic Monitoring in the African American Study of Kidney Disease and Hypertension (AASK) Pilot Study. *Am J Hypertens*; 9:719-25.1996.
- LEITE, S. N. Adesão à terapêutica medicamentosa: o que o farmacêutico tem a ver com isso? In: CORDEIRO, B. C.; LEITE, S.N., organizadores. *Farmacêutico na atenção à saúde*. Itajaí: Univali; p. 75-90. 2005.
- LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3):775-782, 2003.
- LEMOS, L. A.; FIUZA, M. L. T.; GALVÃO, M. T. G. COTIDIANO FEMININO DA VIVÊNCIA COM O HIV EM GRUPO DE AUTOAJUDA. *Rev Rene, Fortaleza* jul/set; 12(3):613-20. 2011.
- LENAGHAN, E.; HOLLAND, R.; BROOKS, A. Home-based medication review in a high risk elderly population in primary care- the POLYMED randomized clinical trial. *Age Ageing*. 36:292--7; 2007.
- LEVINE, A. J.; HINKIN, C. H.; MARION, S.; KEUNING, A.; CASTELLON, S. A.; LAM, M. N. Adherence to antiretroviral medications in HIV: differences in data collected via self-report and electronic monitoring. *Health Psychology*, v.25, n.3, p.329-335, 2006).
- LIGNANI JÚNIOR, L.; GRECO, D. B.; CARNEIRO, M. Avaliação da aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/Aids. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.35, n.6, p. 495-501, Dez. 2001.
- LIM, W. S.; LOW, H. N.; CHAN, S. P.; CHEN, H. N.; DING, Y. Y.; TAN, T. L. Impact of a pharmacist consult clinic on a hospital-based geriatric outpatient clinic in Singapore. *Ann Acad Med Singapore*. 33:220--7. 2004.
- LIMA, C. R. M. de. *Aids uma Epidemia de Informações*. Rio de Janeiro. E-papers. 2ª Edição. 2006.
- LIMA, D. G. L. V. *Modificações na terapia antirretroviral inicial de pacientes assistidos em um hospital de doenças infecto-contagiosas do Ceará: análise e fatores determinantes*. Escola de Saúde Pública do Ceará, 2010.
- LIMA, L. F. *Influência do Acompanhamento Farmacoterapêutico na Adesão à Terapia Antirretroviral em um Serviço de Atendimento Especializado em Fortaleza – Ce*. Trabalho de

Conclusão do Curso. Curso de Farmácia. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará. p. 47. 2013.

- LIMA-DELLAMORA, E. DA C.; CAETANO, R.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Dispensação de medicamentos do componente especializado em polos no Estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(9):2387-2396, 2012.

- LIU, H.; GOLIN, C. E.; MILLER, L. G.; HAYS, R. D.; BECK, C. K.; SANANDAJI, S.; CHRISTIAN, J.; MALDONADO, T.; DURAN, D.; KAPLAN, A. H.; WENGER, N. S. A comparison study of multiple measures of adherence to HIV protease inhibitors. *Annals of Internal Medicine*;134:968–977; 2001.

- LLIMÓS, F. F.; FAUS, M. J. “Importance of medicine-related problems as risk factors”. In: *The Lancet*, pages 12-39. 2003.

- LOPES, L. A. B.; SILVA, E. M. K. da. Biological, behavioral, and socioeconomic factors associated with death from AIDS in Brasília, Brazil, in 2007. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, Uberaba, v. 45, n. 4, Aug. 2012.

- LÓPEZ-CUELLO, M.; CABEZAS M.D; MARTÍNEZ-MARTINES, F.; GASTEL URRUTIA M.A. Origen de la atención farmacéutica en España. *Ars Pharm.* 51.Suplemento 3: 15-21, 2010.

- LÓPEZ-CUELLO, M. Origen de la atención farmacéutica en España: El Congreso de Ciencias Farmaceuticas de Alcalá de Henares de 1995. *Ars Pharm.* Suplemento 3:15-21. 2010.

- LOPEZ-CABEZAS, C.; FALCES, C.; CUBÍ, D.;ARNAU, A.; YLLA, M.; MURO, N. Randomised clinical trial of a postdischarge pharmaceutical care program vs regular follow-up in patients with heart failure. *Farm Hosp.* 30:328---42; 2006.

- LOREN, G. M., RON, D. H. Adherence To Combination Antiretroviral Therapy: Synthesis of The Literature And Clinical Implications. *Aids Read* 10(3):177-185, 2000.

- LORSCHIEDER, J. A.; GERONIMO, K.; COLACITE, J. Estudo da adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS de pacientes atendidos no município de Toledo/PR. *Acta Biomedica Brasiliensia / Volume 3/ nº 1/ Junho de 2012.*

- LOYOLA FILHO AI, UCHOA E. Automedicação: motivações e características de sua prática. *Rev Méd Minas Gerais*; 12:219-27.2002.

- LOYOLA, M. A. Medicamentos e saúde pública em tempos de AIDS: metamorfoses de uma política dependente. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 13, supl. Apr. 2008 .

- LOW-BEER, S.; YIP, B.; O'SHAUGHNESSY, M. V.; HOGG, R. S.; MONTANER, J. S. Adherenceto triple therapy and viral load response. *J Acquir Immune Defic Syndr*; 23: 360-1. 2000.
- LUCCHETTA, R.C.; MASTROIANNI, P.C. Avaliação do Conhecimento e das Condutas dos farmacêuticos, Responsáveis Técnicos por Drogarias. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, v. 31 (3), p. 183-191, 2010.
- LUETKEMEYER, A.F.; Havlir, D.V.; Currier, J. S. Complications of HIV disease and antiretroviral treatment. *Top HIV Med.* 18(2):57-65. 2010.
- LYRA JÚNIOR, D.P., AMARAL, R.T., ABRIATA, J.P., PELÁ, I.R. A satisfação como resultado de um programa de atenção farmacêutica para pacientes idosos em Ribeirão Preto (SP) – Brasil. *Seguim. Farmacoter.*, v.3, n.1, p.30-42, 2004.
- LYRA, JR. D. P.; AMARAL, R. T.; ABRIATA, J. P.; PELÁ, I. R. Satisfação como resultado de um programa de atenção farmacêutica para pacientes idosos, em Ribeirão Preto (SP) – Brasil. *Pharmacy Practice*.January – March.V. 3, n.1, Granada, Espanha. páginas 30-42. 2005.
- LYRA, JR., D. P.; ROCHA, C. E.; ABRIATA, J. P.; GIMENES, F. R. E.; GONZALEZ, M. M. AND PELÁ, I. R. “Influence of Pharmaceutical Care intervention and communication skills on the improvement of pharmacotherapeutic outcomes with elderly Brazilian outpatients”. In: *Patient Education and Counseling*, pages 186-92. 2007.
- LYRA JR, D. COMUNICAÇÃO PACIENTE/FARMACÊUTICO: um instrumento libertário e essencial no trabalho do profissional e na promoção da saúde. *Pharmacia Brasileira* - Janeiro/Fevereiro. 2005.
- LYRA JR, D. P.; AMARAL, R. T.; ABRIATA, J. P.; PELÁ, I. R. A satisfação como resultado de um programa de atenção farmacêutica para pacientes idosos, em Ribeirão Preto (SP)- Brasil. *Seguimiento Farmacoterápéutico.* 3(1): 30-42; 2005.
- LYRA JÚNIOR, D. P.; MARCELLINI, P. S.; PELÁ, I. R. Effect of pharmaceutical care intervention on blood pressure of elderly outpatients with hypertension. *Rev. Bras. Ciênc. Farm.*, v. 44, n. 3, jul/set, 2008.
- MAAT, M. M. DE.; BOER, A.; KOKS, C. H. Evaluation of clinical pharmacistinterventions on drug interactions in outpatient pharmaceutical HIV-care. *J Clin Pharm Ther*; 29:121–30. 2004.
- MACHUCA, M. Método Dader: guia de seguimento farmacoterapeutico. Granada: Universidad de Granada, 2003.

- MACHUCA, G. M. Influência de la intervención farmacéutica en el cumplimiento de los tratamientos con antibióticos - 2000. Tesis (Doctoral)-Universidade de Sevilla. Sevilla, 2000.
- MACLAUGHLIN, E. J.; RAEHL, C. L.; TREADWAY, A. K.; STERLING, T. L.; ZOLLER, D. P.; BOND, C. A. Assessing medication adherence in the elderly: which tools to use in clinical practice? *Drug Aging*; 22(3):231-55. 2005.
- MACKELLAR, A.; ASHCROFT, D. M.; BELL, D., JAMES, D. H.; MARRIOTT, J. "Identifying criteria for the assessment of pharmacy students communication skills with patients". In: *American Journal of Pharmaceutical Education*, pages 1-5. (2007).
- MCMAHON, J. H.; JORDAN, M. R.; KELLEY, K.; BERTAGNOLIO, S.; ELLIOTT, J. H. Pharmacy Adherence Measures to Assess Adherence to Antiretroviral Therapy: Review of the Literature and Implications for Treatment Monitoring. *HIV/AIDS d CID*:52 ;15 February. 2011.
- MAGGIOLO, F.; RAVASIO, L.; RIPAMONTI, D.; GREGIS, G.; QUINZAN, G.; ARICI, C. Similar adherence rates favor different virologic outcomes for patients treated with nonnucleoside analogues or protease inhibitors. *Clin Infect Dis*.40:158-63. 2005.
- MAKOWSKY, M. J.; KOSHMAN, S. L.; MIDODZI, W. K.; TSUYUKI, R. T. Capturing outcomes of clinical activities performed by rounding pharmacist practicing in a team environment: the COLLABORATE study. *Med Care*. 47:642---50; 2009.
- MAIA, C.; GUILHEM, D.; FREITAS, D. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. *Revista de Saúde Pública*; 42(2), 242-8; 2008.
- MALCOLM, S..E.; NG, J.J.; ROSEN, R.K.; STONE, V.E. An examination of HIV/AIDS patients who have excellent adherence to HAART. *AIDS Care*. 2003.
- MALISKA, I. C. A. O itinerário terapêutico de indivíduos portadores de HIV/AIDS. 2005. 158 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.
- MARCH, K.; MAK, M.; LOUIE, S. G. Effects of pharmacist's interventions on patients outcomes in an HIV primary care clinic. *Am. J. Health Syst. Pharm*. 64 2574-2578. 2007.
- MARCOLONGO, R.; RIBEIRO, E.; STORPIRTIS, S. Novas diretrizes para assistência farmacêutica hospitalar: atenção FARMACÊUTICA/FARMÁCIA CLÍNICA. IN: GOMES, M. J. V. M.; REIS, A. M. M., organizadores. Ciências farmacêuticas - uma abordagem em farmácia hospitalar. São Paulo: Atheneu; p. 521-530. 2001.

- MARQUES, L. A.M. Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes na farmácia-escola da Universidade Federal de Alfenas. *Lat. Am. J. Pharm.*, v. 28, n. 5, p. 688-694, 2009.
- MARTÍN, J.; ESCOBAR, I.; RUBIO; RAFAEL; SABUGAL, G.; CASCÓN, J.; PULIDO, F. Study of the validity of a questionnaire to assess the adherence to therapy in patients infected by HIV. *HIV Clinical Trials*, v.2, n.1, p.31-37, Jan.-Fev. 2001.
- MARTÍN-SÁNCHEZ, V.; ORTEGA-VALÍN, L.; PÉREZ-SIMÓN, M. R.; MOSTAZA-FERNDÉZ, J. L. Factores predictores de no-adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, v.20, n.10, p. 491-497, 2002.
- MARTINI, M.; D'ELIA, S.; PAOLETTI, F.; CARGNEL, A.; ADRIANI, B.; CAROSI, G. Adherence to HIV treatment: results from a 1-year follow-up study. *HIV Med*; 3:62- 4; 2002.
- MARTÍNEZ, A. D.; GONZÁLEZ, P. A.; SAAVEDRA, F. A. T.; PAREJO, M. I. B.; OLMOS, J. M.; ORMAETXE, I. G. Indicadores de riesgo de morbilidad prevenible causada por medicamentos. *Gac Sanit* . vol.21, n.1, p. 29-36. 2007.
- MARTINEZ, A. M. V. Modelo de Atenção Farmacêutica no tratamento com antirretrovirais, em clínica de DST/AIDS no Município de Sorocaba, SP. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade de Sorocaba, São Paulo, Brasil, 2012.
- MAYORAL, J. F. R.; FERNÁNDEZ, J. L.; RUBIO, F. J. L. Estado actual de la investigación en atención farmacéutica. *Farm Hosp.* (29): 335-342; 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* ; 20(10):701-711. 2006.
- MCPHERSON-BAKER, S.; MALOW, R. M.; PENEDO, F.; JONES, D. L.; SCHNEIDERMAN, N.; KLIMAS, N. G. Enhancing adherence to combination antiretroviral therapy in non-adherent HIV-positive men. *AIDS Care*; 12(4):399-404. 2000.
- MEIRELLES, B. H. S.; SILVA, D. M. G. V. da; VIEIRA, F. M. A.; SOUZA, S. da S. de; COELHO, I. Z.; BATISTA, R.; Percepções da qualidade de vida de pessoas com hiv/aids. *Rev. Rene. Fortaleza*, v. 11, n. 3, p. 68-76, jul./set.2010.
- MELBOURNE, K.; GELETKO, S.; BROWN, S.; WILLEY-LESSNE, C.; CHASE, S.; FISHER, A. Medication adherence in patients with HIV infection: A comparison of two measurement methods. *AIDS Read*; 9: 29-39. 1999.

- MELCHIOR, R; NEMES, M. I. B.; ALENCAR, T. M. D.; BUCHALLA, C. M. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. *Rev Saúde Pública*; 41(Supl. 2):87-93. 2007.
- MELO, M. G. B. A. Perfil epidemiológico dos portadores HIV/AIDS atendidos no centro de referência de DST/HIV/AIDS no município de Sobral – CE no período de 1989 a 2003. 2004. 174 p. Monografia (Especialização em Residência em Saúde da Família) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Vale do Aracajú, Sobral, 2004.
- MELO, H. M. DE A.; LEAL, M. C. C.; MARQUES, A. P. DE O.; MARINO, J. G. O conhecimento sobre Aids de homens idosos e adultos jovens: um estudo sobre a percepção desta doença. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(1):43-53, 2012.
- MENEZES, E. B. B. Atenção farmacêutica em xeque. *Rev.Pharm. Bras.*, v.22, n. p.28, 2000.
- MESQUITA, F.; DONEDA, D.; GANDOLFI, D.; NEMES, M.I.; ANDRADE, T.; BUENO, R. Brazilian response to the human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome epidemic among injection drug users. *Clin Infect Dis*. 37(Supl 5):382-5. 2010.
- MIKEAL, R.L.; BROWN, T.R.; LAZARUS, H.L.; VINSON, M.C. Quality of Pharmaceutical Care in Hospitals. *Am. J. Hosp. Pharm.*, v.32, n.6, p.567-574, 1975.
- MILLER, L.; HAYS, R. Measuring Adherence to Antiretroviral Medications in Clinical Trials. *HIV Clinical Trials*;1:36–46; 2000.
- MINAS GERAIS, Secretaria de Saúde. Linha Guia do Cuidado Farmacêutico - Rede Farmácia de Minas: Uma estratégia para promover o uso racional de medicamentos e a farmacovigilância no SUS. Belo Horizonte, MG. Junho, 2009.
- MILSTEIN-MOSCATI, I.; PERSANO, S.; CASTRO, L. L. C . Aspectos metodológicos e comportamentais da adesão à terapêutica, pp. 171-179. In LLC Castro (org.). Fundamentos de farmacoepidemiologia. AG Editora, 2000.
- MOK, S.; MINSON, Q. Drug-related problems in hospitalized patients with HIV infection. *Am J Health-Syst Pharm*—Vol 65 Jan 1, 2008.
- MONREAL, M. T. F. D.; CUNHA, R. V.; TRINCA, L. A. Compliance to antiretroviral medication as reported by AIDS patients assisted at the University Hospital of the Federal University of Mato Grosso do Sul, *The Brazilian Journal of infectious Diseases* 6:8-14, 2002.

- MONTESSORI, V.; PRESS, N.; HARRIS, M.; AKAGI, L.; MONTANER, J. S. G. Adverse effects of antiretroviral therapy for HIV infection. *Canadian Medical Association Journal* 170:229-238, 2004.
- MORIEL, P.; CARNEVALE, R. C.; COSTA, C. G. R.; BRAZ, N. C.; SANTOS, C. Z.; BALEIRO, L. DA S.; HOLSBACK, V. DE S. S.; MAZZOLA, P. G. Efeitos das intervenções farmacêuticas em pacientes HIV positivos: influência nos problemas farmacoterapêuticos, parâmetros clínicos e economia. *R. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde São Paulo* v.2 n.3 5-10 set./dez. 2011.
- MORISKY, DE; GREEN, L. W.; LEVINE, D. M. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 24(1): 67-74, 1986.
- MORLEY, P.C. *J. Clin. Pharm. Ther.* 18: 143-6. 1993.
- MURRI, R.; AMMASSARI, A.; GALLICANO, K. Relationship of self-reported adherence to HAART with protease inhibitor (PI) plasma level and viral load (VL). In: Program and abstracts of the 39th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy; San Francisco. Abstract 593; September 26-29, 1999.
- MUKHERJEE, J. S.; IVERS, L.; LEANDRE, F. Antiretroviral Therapy in Resource Poor Settings Decreasing Barriers to Access and Promoting adherence. *J Acquir Immune Defic Syndr.* v. 43, p. S123-S126, Dec, 2006.
- MURPHY, R. Defining the Toxicity Profile of Nevirapine and Other Antiretroviral Drugs. *JAIDS*, v. 34, p. S 15-19, 2003.
- MURPHY, J.; COSTER, G. Issues in Patient Compliance. *Drugs*; 54 (6): 797-800; 1997.
- NACHEGA, J. B.; MD, MPH; HISLOP, M; DOWDY, D W.; CHAISSON, R E.; REGENSBERG,L; MAARTENS, G. Adherence to Nonnucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor-Based HIV Therapy and Virologic Outcomes. *Ann Intern Med.*146(8):564-573. 2007.
- NAZARETH, I.; BURTON, A.; SHULMAN, S.; SMITH, P.; HAINES, A.; TIMBERAL, H. A pharmacy discharge plan for hospitalized elderly patients—a randomized controlled trial. *Age Ageing*. 30:33---40; 2001.
- NCBI. National Center for Biotechnology Information. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/retroviruses/>>. Acessado em 23 de Maio de 2012.
- NEMES, M. I. B. et al. Análise qualitativa de entrevistas semi-estruturadas com usuários. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Aderência ao tratamento

por anti-retrovirais em serviços públicos de saúde no estado de São Paulo. Brasília, p. 103-131; 2000.

- NEMES, M. I. B. Aderência ao tratamento por antiretrovirais em serviços públicos no Estado de São Paulo. Ministério da Saúde, Brasília. 2000.

- NEW YORK DEPARTMENT OF HEALTH. Promoting adherence to hiv antiretroviral therapy. New York: New York Department of Health & Aids Institute. 2001. Disponível na página http://www.hivguidelines.org/public_html/center/best-practices/treatment_adherence/pdf/treat_adherence_full.pdf, acessada em 17/08/09.

- NICHOLS-ENGLISH, G.; POIRIER, S. Optimizing adherence to pharmaceutical care plans. *J Am Pharm Assoc.* 40(4):475-85; 2000.

- NIEUWKERK P. T., OORT F. J. Self-Reported Adherence to Antiretroviral Therapy for HIV-1 Infection and Virologic Treatment Response: A Meta-Analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr* _ Volume 38, Number 4, April 1, 2005.

- NOGUEIRA, I. A. L.; LEÃO, A. B. B.; BUENO, R. R.; SOARES, A. Q.; CARVALHO, R. F. Estudo da dispensação de medicamentos antirretrovirais a pacientes infectados por hiv no Serviço de Farmácia do HC-UFG: primeiro passo na implantação da atenção farmacêutica. *Rev. Eletr. Farm*, v. 4, n. 1, p. 104-112, 2007.

- NUNES, P. H. C.; PEREIRA, B. M. G.; NOMINATO, J. C. S. *et al.* Intervenção farmacêutica e prevenção de eventos adversos. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, v. 44, n. 4, p. 691-699, dez 2008.

- NTEMGWA M. L; D'AQUIN T. T.; BRENNER, B. G.; CAMACHO, R. J.; WAINBERG, M. A. Antiretroviral drug resistance in human immunodeficiency virus type 2. *Antimicrob Agents Chemother.* 53(9):3611-9. 2009.

- NUNN, A. AIDS Treatment in Brazil: Impacts and Challenges. *Health Affairs*, [S.l.], v.28, n. 4, p. 1103-13, 2009.

- OLIVEIRA, D. R. de. Atenção Farmacêutica: da Filosofia ao Gerenciamento da Terapia Medicamentosa. Editora RCN. São Paulo. 2011.

- OLIVEIRA, L. C. F. DE.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Suplem. 3), 3661:3567, 2010.

- OLIVEIRA, M. A.; ESHER, A. F. S. C.; SANTOS, E. M.; COSENDEY, M. A. E.; LUIZA, V. L.; BERMUDEZ, J. A. Z. Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro. Evaluating pharmaceutical services for people living with HIV/AIDS in the city of Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*; set-out;18(5):1429-1439. 2002.
- OLIVEIRA, S. B. de. Estudo de coinfeção de HIV/Aids com as hepatites virais B e C no Brasil no período de 1999 a 2010. 2013. 64 f., il. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- OLIVEIRA, L. C. F. de.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Ciência &Saúde Coletiva*, 15(Suplem. 3), 3661:3567, 2010.
- OIGMAN, W. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev Bras Hipertens* vol.13(1): 30-34, 2006.
- OKIE, S. Fighting HIV – Lessons from Brazil. *The New England Journal of Medicine*, v.354, n.19, p.1977-1981, May 11, 2006.
- ORRELL, C. Antiretroviral adverse drug reactions and their management. *CME*. June, vol.29, no.6. 2011.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). The role of the pharmacist in the health care system. Geneva: OMS, 24p. (*Report of a WHO Meeting*). 1994.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). “La declaración de Tokio. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud”, Tokio. 1993.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Control de la hipertensión. Ginebra, 1996. Disponível em: <<http://www.who.int/es/>>. Acesso em: 22 de maio. 2013.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica. Brasília, DF, 2002.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório preliminar da oficina de trabalho atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos. Fortaleza-CE, 2001.
- OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Drug therapy: adherence to medication. *N Engl J Med*;353(5):487-97, 2005.
- OYUGI, J.; BYAKIKA-TUSIIME, J.; PHARM, B.; CHARLEBOIS, E.; KITYO, C.; MUGERWA, R.; MUGYENYI, P.; BANGSBERG, D. R. Multiple validated measures of

adherence indicate high levels of adherence to generic HIV antiretroviral therapy in resource-limited setting. *J Acquir Immune Defic Syndr*; 36(5):1100-1102. 2004.

- PACCAGNELLA, T. Avaliação de processos de apropriação de um programa de condicionamento físico por pessoas que vivem com HIV/AIDS. 2007. 198 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP. 2007.

- PÁDUA, C. A. M.; CÉSAR, C. C.; BONOLO, P. F.; ACURCIO, F. A.; GUIMARÃES, M. D. C. High incidence of adverse reactions to initial antiretroviral therapy in Brazil. *Braz J Med Biol Res*. 39(4), 495-505; (2006).

- PAES, P. P.; SANTOS, W. R. dos; SANTOS, A. P. dos; MACHADO, D. R. L.; NAVARRO, A. M.; FERNANDES, A. P. M.; BUENO, S. M. V. Questionário SF-36 como marcador para determinar a qualidade de vida em pessoas que vivem com HIV. *Revista brasileira de qualidade de vida* v. 04, n. 01, jan./jun., p. 01-06. 2012.

- PAI, A. B.; BOYD, A.; CHAVEZ, A.; MANLEY, H. J. Health-related quality of life is maintained in hemodialysis patients receiving pharmaceutical care: a 2-year randomized, controlled study. *Hemodial Int*. 13:72--9; 2009.

- PAINEL DE CONSENSO. II Consenso de Granada sobre Problemas Relacionados con Medicamentos. *Ars Pharmaceutica*, v. 43, n. 3/4, p. 175-184, 2002.

- PAINEL DE CONSENSO. Tercer Consenso de Granada sobre problemas relacionados con los medicamentos y resultados negativos asociados a la medicación. *Ars Pharm*;48(1):5-17. 2007.

- PAIVA, V.; LEME, B.; NIGRO, R.; CARACIOLO, J. Lidando coma adesão – a experiência de profissionais e ativistasna cidade de São Paulo. In: TEIXEIRA, P.; PAIVA, V.;SHIMMA, E., organizadores. Tá difícil de engolir? Experiênciasde adesão ao tratamento anti-retroviralem São Paulo. São Paulo: Núcleo de Estudos paraPrevenção da AIDS, Universidade de São Paulo;p. 27-78; 2000.

-PAIVA, S. S. Promoção da saúde em serviço de assistência especializada em HIV/AIDS sob a ótica da equipe multidisciplinar de saúde. In: Anais do Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem; Campo Grande – MS. Brasília-DF, 2011, p. 2072-2075.

- PARIENTI, J. J.; DAS-DOUGLAS, M.; MASSARI, V.; GUZMAN, D.; DEEKS, S. G.; VERDON, R. Not all missed doses are the same: sustained NNRTI treatment interruptions predict HIV rebound at low-to-moderate adherence levels. *PLoS ONE*; 3(7):e2783. 2008.

- PARKER, R.; CAMARGO, Jr. K. R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cad de Saúde Pública*; 16: 89-102. 2000.
- PARKER, R.; GALVÃO, J.; PIMENTA, M. C.; TERTO, Jr. V. Aprimorando o debate: respostas sociais frente à AIDS. Rio de Janeiro: ABIA, 48 p. 2002.
- PARRUTI, G.; MANZOLI, L.; MARANI TORO, P.; D'AMICO, G.; ROTOLO, S. Long-term adherence therapy in a hospital-based cohort: predictors and impact on virologic response and relapse. *AIDS Patient Care and STDs*, v.20, n.1, p.48-57, 2006.
- PATERSON, D. L.; SWINDELLS, S.; MOHR, J.; BRESTER, M.; VERGIS, E. N.; SQUIER, C. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med*; 133: 21-30. 2000.
- PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA, organizadores. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social (IMS), Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); p. 161-177; 2007.
- PEREIRA, S. V. Assistência ambulatorial e farmacêutica de serviço especializado em HIV/AIDS em município do sul do Brasil. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Administração. Programa de Pós Graduação em Gestão da Saúde – UAB. Porto Alegre, 71p. 2012.
- PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. DE. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil -, *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas. Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences* vol. 44, n. 4, out./dez., 2008.
- PEREIRA, B. DE S.; COSTA, M. C. O.; AMARAL, M. T. R.; COSTA, H. S. DA; SILVA, C. A. L. DA; SAMPAIO, V. S. Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3):747-758, 2014.
- PERETTA, M.; CICCIA, G. Reingeniería de la práctica farmacéutica: guía para implementar atención farmacêutica em la farmácia. Buenos Aires: Panamericana, 1998
- PICKARD, A. S.; HUNG, S. An update on evidence of clinical pharmacy service's impact on health-related quality of life. *An Pharmacother*. 40:1623---34; 2006.

- PILLAY, D.; BHASKARAN, K.; JURRIAANS, S.; PRINS, M.; MASQUELIER, B.; DABIS, F.; GIFFORD, R.; NIELSEN, C.; PEDERSEN, C.; BALOTTA, C.; REZZA, G.; ORTIZ, M. DE; MENDOZA, C.; KÜCHERER, C.; POGGENSEE, G.; GILL, J.; PORTER, K. The impact of transmitted drug resistance on the natural history of HIV infection and response to first-line therapy. *CASCADE Virology Collaboration; AIDS*. 2;20(1):21-8. Jan 2006.
- PINTO, A. C. S; PINHEIRO, P.N.C.; VIEIRA, N. F. C.; ALVES, M. D. S. Compreensão da Pandemia da AIDS nos últimos 25 Anos. *J Bras Doenças Sex Transm*; 19(1): 45-50. 2007.
- POLEJACK, L.; SEIDL, E. M. F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 1):1201-1208, 2010.
- PORTELA, M. C.; LOTROWSKA, M. Assistência aos pacientes com HIV/Aids no Brasil Health care to HIV/AIDS patients in Brazil. *Rev Saúde Pública*; 40(Supl):70-9. 2006.
- RACHID, M.; SCHECHTER, M. Manual de HIV/AIDS. 8.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.
- RAMALHO-DE OLIVEIRA, D. “*Pharmaceutical care uncovered: an ethnographic study of pharmaceutical care practice*”. Faculty of Graduate School, University of Minnesota, Minneapolis. Thesis (Doctor of Philosophy). 2003.
- RASTEGAR, D. A.; KNIGHT, A. M.; MONOLAKIS, J. S. Antiretroviral Medication Errors among Hospitalized Patients with HIV Infection. *Clinical Infectious Diseases*, 43:933–8, 2006.
- REDE UNIDA. Relatório da Oficina de Sistematização sobre modelo de Atenção. Boletim Informativo da Rede Unida, v. 16, n. 34, maio/ago. 2001.
- REGIDOR, E.; GUTIÉRREZ-FISAC, J. L.; ALFARO, M. Patrón de mortalidad en España, 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad. 2007.
- REGIDOR, D. L. Effect of highly active antiretroviral therapy on biomarkers of B-lymphocyte activation and inflammation. *AIDS*. Jan 28 ; 25(3): 303–314.2011.
- REGINSTER, J. Y. Adherence and persistence: impact on outcomes and health care resources. *Bone*. 38(2 Suppl 2):S18-21; 2006.
- REGO, S. R. M. Estudo do autorrelato de adesão e uso problemático de álcool em uma população de indivíduos com AIDS em uso de HAART. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*, Rio de Janeiro-RJ, v. 60, n. 1, p. 46-49, jan. 2011.
- REIS, A. M. M. Atenção farmacêutica e promoção do uso racional de medicamentos. *Espaço para Saúde*, v. 4, n. 2, p 1-17 , 2003.

- REIS, H. P. L. C. Adequação da metodologia dáder em pacientes hospitalizados compé diabético: abordagem em atenção farmacêutica. 2005. 215 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2005.
- REMOR, E.; MILNER-MOSKOVICS, J.; PREUSSLER, G. Adaptação brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral”. *Rev. Saúde Pública*; 41(5): 685-94. 2007.
- RESENDE, R. C.; PODESTÁ, M. H. M. C.; SOUZA, W. A. de; BARROSO, T. DE O.; VILAS BOAS, O. M. G. da C.; FERREIRA, E. B. Adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes vivendo com HIV/AIDS atendidos pelo Sistema Único de Saúde. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*, v. 10, n. 2, p. 186-201, ago./dez. 2012.
- MOLINO, C. G. R; CARNEVALE, R. C; RODRIGUES, A. T; VISACRI, M. B; MORIEL, P; MAZZOLA, P. G. Impact of pharmacist interventions on drug-related problems and laboratory markers in outpatients with human immunodeficiency virus infection. *Therapeutics and Clinical Risk Management*.10: 631–639; 2014.
- RESPECT trial team. Effectiveness of shared pharmaceutical care for older patients: RESPECT trial findings. *Br J Gen Pract*. 60:e10---9; 2010.
- ROCHA, C. H. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2013.
- RIJDT, T. DE; WILLEMS, L.; SIMOENS, S. Economic effects of clinical pharmacy interventions: a literature review. *Am J Health Syst Pharm*, v. 65, n. 12, p. 1161-72, 2008.
- ROCHA, G. M.; MACHADO, C. J.; ACURCIO, F. de A.; GUIMARAES, M. D. C. Monitoring adherence to antiretroviral treatment in Brazil: an urgent challenge. *Cad. Saúde Pública*. 2011.
- RODRIGUES, A. T.; COSTA, C. G.; SOUZA, C. M.; TANAKA, M. T.; MURARI, P. R.; PEDRO, R. J.; CECCATO, M. R.; COLOMBRINI, P. M. Avaliação da relevância da intervenção farmacêutica junto a pacientes soropositivos acompanhados no Hospital Leito Dia HC – UNICAMP: Aplicação da Farmácia Clínica. In: CONGRESSO INTERNO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UNICAMP 18. 2010. Campinas. Anais. Disponível em: <http://www.prp.unicamp.br/pibic/congressos/xviiiicongresso/resumos/058724.pdf>Acesso em: 13 fev 2012.

- RODRIGUES, JR. A.; CASTILHO, E. A. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. *Rev Soc Bras Med Trop*; 37:312-7. 2004.
- ROMEU, G. A.; TAVARES, M. M.; CARMO, C. P.; MAGALHÃES, K. do N.; NOBRE, A. C. L.; MATOS, V. C. de. Avaliação da Adesão a Terapia Antirretroviral de Pacientes portadores de HIV. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde*. São Paulo v.3 n.1 37-41 jan./mar. 2012.
- ROSS-DEGNAN, D.; PIERRE-JACQUES, M.; ZHANG, F.; TADEG, H.; GITAU, L.; NTAGANIRA, J.; BALIKUDEMBE, R.; CHALKER, J.; WAGNER, A. K. Measuring adherence to antiretroviral treatment in resource-poor settings: The clinical validity of key indicators. *BMC Health Services Research*, 10:42. 2010.
- RUDD, P. Compliance with Antihypertensive Therapy: Raising the Bar of Expectations. *Am J Man Care*; 4:957-66; 1998.
- RUEDA; SERGIO; PARK-WYLLIE; LAURA, Y.; BAYOUMI; AHMED; TYNAN; ANNE-MARIE; ANTONIOU; TONY; ROURKE SEAN AND RICHARD GLAZIER. Patient support and education for promoting adherence to highly active antiretroviral therapy for HIV/AIDS. *Cochrane Database Syst Rev*. Jul 19;3, 2006.
- RUIZ-PÉREZA, I.; LABRY-LIMAA, A. O. DE; LÓPEZ-RUZH, M. A.; ARCO-JIMÉNEZC, A. DEL; RODRÍGUEZ-BAÑOD, J.; CAUSSE-PRADOSE, M.; PASQUAU-LIAÑOB, J.; MARTÍN-RICOE, P.; PRADA-PARDALC, J. L.; TORRE-LIMAC, J. DE LA; LÓPEZ-GÓMEZB, M.; MARCOSC, M.; MUÑOZE, N.; MORALES, D.; MUÑOZ, I. Clinical status, adherence to HAART and quality of life in HIV-infected patients receiving antiretroviral treatment. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. Volume 23, Issue 10, Pages 581–585, October 2005.
- QUELUZ, H. A. T. T.; LEITE, N. S. Uso racional de medicamentos: conceitos e alguns elementos para discussão. In: CORDEIRO, Benedito C.; LEITE, Silvana N. *O farmacêutico na atenção à saúde*. 2. ed. Itajaí: Editora Univali, 2008.
- SABATER, D.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F.; PARRAS, M.; FAUS, M. J. Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico. *Seguim Farmacoter*. 3(2): 90-7; 2005.
- SADALA, M. L. A.; MARQUES, S. A. Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22 (11):2369-2378, nov, 2006.

- SALDANHA, J. S.; ANDRADE, C. S.; BECK, S. T. Grau de adesão ao tratamento com anti-retrovirais entre indivíduos HIV positivos atendidos no Hospital Universitário de Santa Maria. *Saúde, Santa Maria*, vol. 35, n 1: p 4-9, 2009.
- SANTA HELENA, E. T.; NEMES, M. I.; ELUF-NETO, J. Development and validation of a multidimensional questionnaire assessing non-adherence to medicines. *Rev Saude Publica*. 42(4):764-7. 2008.
- SANTANA, J. E. G.; BARBOSA, F. C.; QUEIROZ, M. do S. R. de .; JANEIRO, D. I.; QUEIROZ, I. R. de. Avaliação da resposta negativa a medicamentos em pacientes que utilizam anti-retrovirais. *Rev. Bras. Farm.*, 90 (4); 3044 -348, 2009.
- SANTOS, M. R. Do boticário ao bioquímico: as transformações ocorridas com a profissão farmacêutica no Brasil [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz; 1993.
- SANTOS, C. N. R.; Silva, L. R.; Soares, A. Q. Perfil Epidemiológico dos Pacientes em Terapia Antirretroviral em Seguimento na Universidade Federal de Goiás. *Revista Eletrônica de Farmácia* Vol 7 (3), 53 - 61, 2010.
- SANTOS, M. V. R. dos; OLIVEIRA, D. C. de; ARRAES, L. B.; OLIVEIRA, D. A. G. C.; MEDEIROS, L.; NOVAES, M. de A. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. *Rev Bras Clin Med*. São Paulo, jan-mar;11(1):55-61. 2013.
- SANTOS, E. C. M.; FRANÇA JUNIOR, I.; LOPES, F. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids em São Paulo. *Rev Saúde Pública*; 41(S2): 64-71; 2007.
- SÃO PAULO. SECRETARIA DE SAÚDE. Adesão - da teoria à prática. Experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo/ Organização de Joselita Maria Magalhães Caraciolo e Emi Shimma. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/Aids, 2007.
- SANTOS, W. J. DOS; DRUMOND, E. F.; GOMES, A. DA S. CORRÊA, C. M.; FREITAS, M. I. DE F. BARREIRAS e aspectos facilitadores da adesão à terapia antirretroviral em Belo Horizonte-MG. *Rev Bras Enferm*, Brasília, nov-dez; 64(6): 1028-37.2011.
- SAWYER, S. M.; ARONI, R. A. Sticky issue of adherence. *J Pediatr Child Health*. 39(1):2-5; 2003.
- SCHOMMER, J. C. et al. Community pharmacists' work activities in the United States during 2000. *Journal of the American Pharmacists Association*, Washington, DC, v. 42, p. 399-406, May/June 2002

- SCHOFIELD, R. A.; BREEN, L. Suppliers, do you know your customers?||, International Journal of Quality and Reliability Management, Vol. 23, No. 4, pp. 390-408. 2006.
- SCHÖNNENSSON, L. N.; ROSS, M. W.; WILLIAMS, M. The HIV medication self-reported nonadherence reasons (SNAR) index and its underlying psychological dimensions. AIDS Behav; 8:93-101; 2004.
- SCHOUT, D.; NOVAES, H. M. D. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. Ciência & Saúde Coletiva, 12(4): 935-944, 2007.
- SCHMITZ M.F.; CRYSTAL S. Social relations, coping, and psychological distress among persons with HIV/AIDS. J Appl Soc Psychol; 30:665-85. 2000.
- SCHOMMER, J. C.; KUCUKARSLAN, S. N. Measuring patient satisfaction with pharmaceutical services. Am J Health-Syst Pharm, v. 54, p. 2721 - 2732, 1997.
- SECOLI, S. R. DRUGS INTERACTIONS: FUNDAMENTAL ASPECTS FOR CLINICAL PRACTICE NURSING. Rev Esc Enf USP, v. 35, n. 1, p. 28-34, 2001.
- SEIDL, E.M.F.; MELCHÍADES, A.; FARIAS, V. Pessoas Vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti- retroviral. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(10): 2305- 16, 2007.
- SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad Saúde Pública. 20(2):580-8; 2004.
- SEGUY, N., DIAZ, T., CAMPOS, D. P., VELOSO, V. G. Evaluation of the consistency of refills for antiretroviral medications in two hospitals in the state of Rio de Janeiro, Brazil. Aids Care, v.19, n.5, p.617-625, May 2007.
- SEVALHO, G. “O medicamento percebido como objeto híbrido: uma visão crítica do uso racional”. In “Medicamentos e assistência farmacêutica” (F.A. Acurcio, org). Coopmed, Belo Horizonte, págs. 1-8. 2003.
- SHANE, R.; GOUVEIA, A. Expanding pharmacy’s reach across the care continuum. Am J Health Syst Pharm. 62:430-1; 2005.
- SHARLAND, M.; BLANCHE, S.; CASTELLI, G.; RAMOS, J.; GIBB, D. M. PENTA guidelines for the use of antiretroviral therapy, 2004. HIV Medicine; 5 (Supl. 2): 61-86. 2004.
- SILVA, N. E. K.; OLIVEIRA, L. A.; FIGUEIREDO, W. S.; LANDRONI, M. A. S.; CHANG CHUNG SING WALDMANA, C. C. S.; AYRES, J. R. C. M. Limites do trabalho

multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. *Rev Saúde Pública*. 36(4 Supl):108-11; 2002.

- SILVA, L. R.; VIEIRA, E. M. Conhecimento dos farmacêuticos sobre legislação sanitária e regulamentação da profissão. *Revista de Saúde Pública*, v. 38, n. 3, p. 429-437, 2004.

- SILVA, A. E. B. C, CASSIANI, S. H. B, MIASSO, A. I, OPITZ, S. P. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. *Acta Paul Enferm*, 20(3):272-6, 2007.

- SILVEIRA, M. P. T . Avaliação da efetividade da atenção farmacêutica sobre a adesão de pacientes HIV-positivos à terapia anti-retroviral. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas. Porto Alegre-RS, 2009.

- SILVEIRA, M. P. T.; PINHEIRO, C. A. T.; GUTTIER, M. C.; SILVEIRA, T. V.; PEREIRA, L. B. M. Description of pharmaceutical care to assess their effectiveness on adherence to antiretroviral therapy - A randomized clinical trial. *Journal of Medicine and Medical Science* Vol. 1(5) pp. 171-177, June, 2010.

- SILVEIRA, M P T; GUTTIER, M C; PAGE, K; MOREIRA, L. B. Randomized Controlled Trial to Evaluate the Impact of Pharmaceutical Care on Therapeutic Success in HIV-Infected Patients in Southern Brazil. *AIDS Behav*, 18:75-84. 2014.

- SIMONI, C. R. Avaliação do impacto de métodos de atenção farmacêutica em pacientes hipertensos não-controlados. 180p. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

-SINGH, N.; SQUIER, C.; SIVEK, C.; WAGENER, M.; HONG NGUYEN, M.; YU, V. L. Determinants of compliance therapy in patients with human immunodeficiency virus: prospective assessment with implications for enhancing compliance. *Aids Care*, v.8, n.3, p.261-269, 1996.

- SINGHAL, P. K.; GUPCHUP, G. V.; RAISCH, D. W.; SCHOMMER, J. C.; HOLDSWORTH, M. T. Impact of pharmacists directive guidance behaviors on patient satisfaction. *J. Am. Pharm. Assoc.* 42:407-12. 2002.

- SISCA, A. M. A.; RODRIGUES P. A.; ROCHA B. dos S. J. Avaliação de interações medicamentosas de antidepressivos e antipsicóticos em pacientes submetidos à farmacoterapia antirretroviral. *Conscientiae Saúde*, Vol. 8, Núm. 2, pp. 345-351. 2009.

- SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES TÓXICO-FARMACOLÓGICAS (SINITOX). (2009) “Estatística anual de casos de intoxicação e envenenamento: Brasil, 2009”, http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/media/tab03_brasil_2009.pdf
- SITZIA, J.; WOOD, N. Patient Satisfaction: A Review of Issues and Concepts. *Soc Sci Med.* 45:1829---43; 1997.
- SOARES, J. F.; SIQUEIRA, A. L. *Introdução à Estatística Médica.* 2.ed. Belo Horizonte: COOPMED, 300p, 2002.
- SOARES, C.; SILVA, G. A. Uso de registros de assistência farmacêutica do Sistema de Informações Ambulatorial para avaliação longitudinal de utilização e adesão a medicamentos. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, 21 (3): 245-52, 2013.
- SOÁREZ, P.C. Tradução e validação de um questionário de avaliação de qualidade de vida em AIDS no Brasil. *Panam. Salud. Pub.*, v.25, n.1, p69-76, 2009.
- SORENSEN, L.; STOKES, J. A.; PURDIE, D. M.; WOODWARD, M.; ELLIOTT, R.; ROBERTS, M. S. Medication reviews in the community: results of a randomized, controlled effectiveness trial. *Br J Clin Pharmacol.* 58:648---64; 2004.
- SOUZA, L. S.; PORTO, J. G.; LYRA JÚNIOR, D. P. Avaliação da estrutura e dos processos de organização e gestão da assistência farmacêutica em município do estado de Sergipe. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.*, 32(3):403-410; 2011.
- SOUZA, M. N.; PAULA, C. S.; MIGUEL, M. D.; ZANETTI, V. C.; MIGUEL, O. G.; ZANIN, S. M. W. Acompanhamento farmacoterapêutico a pacientes usuários de enfuvirtida. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 31(3):235-239, 2010.
- SOUZA, C. C.; MATA, L. R. F.; AZEVEDO, C.; GONTIJO, C. R. G.; CRUZ, G. E. C. P.; TOFFANO, S. E. M. INTERIORIZAÇÃO DO HIV/AIDS NO BRASIL: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, ano 11, nº 35, jan/mar 2013.
- STARK, R. G.; JOHN, J.; LEIDL, R. Health care use and costs of adverse drug events emerging from outpatient treatment in Germany: a modelling approach. **BMC health services research**, v. 11, n. 1, p. 9, jan 2011.
- STEINER, J. F.; KOEPESELL, T. D.; FIHN, S.; INUI, T. A general method of compliance assessment using centralized pharmacy records. Description and validation. *Med. Care.*v. 26, p. 814-823.1988.

- STONE, V. E.; JORDAN, J.; TOLSON, J.; MILLER, R.; PILON, T. Perspectives on adherence and simplicity for HIV-infected patients on antiretroviral therapy: self-report of the relative importance of multiple attributes of Highly active antiretroviral therapy (HAART) regimens in predicting adherence. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, v. 36, n. 3, p.808-816, 2004.
- STRAND, L. M.; CIPOLLE, R. J.; MORLEY, P. C. ; PERRIER, D. G. *Am. J. Hosp. Pharm.* 48: 547-50. 1991.
- STRELEC, M. A. A. M.; PIERIN, A. M. G.; MION JR., D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*; 81: 343-8. 2003.
- SZWARCOWALD, C. L. Taxas de prevalência de HIV e sífilis e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas as infecções sexualmente transmissíveis no grupo das mulheres profissionais do sexo, no Brasil. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2009.
- TAYLOR, C. T.; BYRD, D. C.; KRUEGER, K. Improving primary care in rural Alabama with a pharmacy initiative. *Am J Health Syst Pharm.* 60:1123---9; 2003.
- TEIXEIRA, J. J.; LEFÈVRE, F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. *Rev. Saúde Pública*; 35(2):207-213. 2001.
- TEIXEIRA, P. R.; PAIVA, V.; SHIMA, E. Tá difícil engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. São Paulo: Copidart; 2000.
- TEIXEIRA MG, SILVA GA. A representação do portador do vírus da imunodeficiência humana sobre o tratamento com os antirretrovirais. *Rev Esc Enferm USP.* 42(4):729-36.2008.
- TEJEDO, A. M. Atención farmacéutica en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Atencion Farmaceutica*, v. 2, n. 6, p. 482-494, 2002.
- TORNERA, M. Q. G.; VIVESB, F. P.; RAMIÓC, J. C.; CABRERAD, E. DE P.; SANTASUSAGNAE, P. J.; PEIPOCHF, E. H.; ARNAIZG, J.A. S.; JANÉH, C. C.; GÓMEZ-ARBONÉSI, J. Programa de atención farmacéutica integrada en pacientes con enfermedades crónicas. *Farm Hosp.* 36(4):229---239. 2012.
- TORRES, D. V. M.; MIRANDA, K. C. L. Enfuvirtida para o tratamento do paciente com aids: o divisor de águas. *Ciênc. saúde coletiva* vol.15 supl.1 Rio de Janeiro Junho, 2010.
- TORNERA, M. Q. G.; VIVESB, F. P.; RAMIÓC, J. C.; CABRERAD, E. de P.; SANTASUSAGNAE, P. J.; PEIPOCHF, E. H.; ARNAIZG, J.A. S.; JANÉH, C. C.; GÓMEZ-

ARBONÉSI, J. Programa de atención farmacéutica integrada en pacientes con enfermedades crónicas. *Farm Hosp.* 36(4):229---239. 2012.

- TOUCHETTE, D.; BURNS, A.; BOUGH, M.; BLACKBURN, J. Survey of medication therapy management programs under Medicare part D. *J Am Pharm Assoc*; 46:683–691; 2006.

- TRILLER, D. M.; HAMILTON, R. A. Effect of pharmaceutical care services on outcomes for home care patients with heart failure. *Am J Health Syst Pharm.* 64:2244---9; 2007.

- UNAIDS. *Relatórios Epidemia AIDS*. Disponível em: <http://www.unaids.org.br/arquivos/FS-Global.pdf>, acessado em 04/04/2012.

- URDEN, L. Patient satisfaction measurement: current issues and implications. *Outcomes Management.* 6:125---31; 2002.

- USA. Department of Health and Human Services (DHHS). Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents. Developed by the Panel on Clinical Practices for Treatment on HIV Infection. October 29, 2004. Disponível no site: http://aidsinfo.nih.gov/guidelines/adult/AA_100605.pdf, acessado em 09/09/05.

- VALDERRAMA, E. J. T.; ALFARO, O. C.; GARCÍA-JIMÉNEZ, E.; DADER, F. M. J.; MARTÍNEZ F. Impacto de la intervención farmacéutica en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de un hospital de Lima (Perú).

- VALÍN, L. O. Atención farmacéutica al paciente con VIH: papel del grupo VIH-SEFH. *FARM HOSP (Madrid)*. Vol. 28. Supl. 1, pp. 80-84, 2004.

- VAN MIL JWF; FERNANDEZ-LLIMOS F. What is ‘pharmaceutical care’ in 2013? *Pharmacy Practice*, Jan-Mar;11(1):1-2. 2013.

- VENTURA, A. Adesão à Terapêutica Anti-Retroviral na Infecção VIH/SIDA. *Arqui Med*, 20(1-2): 37-49. 2006.

- VARMA, S.; MCELNAY, J. C.; HUGHES, C. M.; PASSMORE, A. P.; VARMA, M. Pharmaceutical care of patients with congestive heart failure: interventions and outcomes. *Pharmacotherapy.* 19:860---9; 1999.

- VENTURA CERDÁ, J. M.; CASADO GÓMEZ, M. A.; ESCOBAR RODRÍGUEZ, I.; IBARRA BARRUETA, O.; ORTEGA VALÍN, L.; MORALES GONZÁLEZ, J. M.; COTARELO SUÁREZ, M. Preferencias, satisfacción y adherencia con el tratamiento antirretroviral: estudio ARPAS (II). *Farmacia Hospitalaria*, Volume 31, Issue 6, Pages 340–352. 2007.

- VERONESI, R.; FOCACCIA, R. Tratado de infectologia.4. ed. rev. atual. São Paulo: Atheneu, 2009.
- VERVOORT, S. V. C. J. M.; BORLEFFS, J. C. C.; HOEPELMAN, A. I. M.; GRYPDONCK, M. H. F. Adherence in antiretroviral therapy: a review of qualitative studies. 21(3):271-81.AIDS. 2007.
- VIEIRA, S. V. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Ciência Saúde Coletiva*; 12(1):213-220. 2007.
- VIKTIL, K. K.; BLIX, H. S.; MOGER, T. A.; REIKVAM, A. Interview of patients by pharmacists contributes significantly to the identification of drug-related problems (DRPs). *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 15:667---74; 2006.
- VIKTIL, K. K.; BLIX, H. S. The impact of clinical pharmacists on drug-related problems and clinical outcomes. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*, v. 102, n. 3, p. 275-80, mar 2008.
- VILELLA, W. A Aids como objeto complexo e desafiador, e a exigência de construção de um campo de saber interdisciplinar. In: Raxach JC, organizador. Reflexões sobre assistência à Aids: relação médico-paciente, interdisciplinaridade e integralidade. Rio de Janeiro: ABIA; p. 26-30. 2003.
- VITÓRIA, M. A. Conceitos e recomendações básicas para melhorar a adesão ao tratamento anti-retroviral. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/assistencia/Adesaoarv.html> . Acessada em 15/06/04.
- VIVIAN, E. M. Improving pressure control in a pharmacist-managed hypertension clinic. *Pharmacotherapy*; 12(22):1533- 1540; 2002.
- VOLBERDING, P. A.; Deeks, S. G. Antiretroviral therapy and management of HIV infection. *Lancet.* 376(9734):49-62; 2010.
- WARE, N. C.; WYATT, M. A.; TUGENBERG, T. Adherence, stereotyping and unequal HIV treatment for active users of illegal drugs. *Soc Sci Med.*61(3):565-76. 2005.
- WEINBERGER, M.; MURRAY, M. D.; MARRERO, D. G.; BREWER, N.; LYKENS, M.; HARRIS, L. E. Effectiveness of pharmacist care for patients with reactive airways disease: a randomized controlled trial. *JAMA.* 288:1594---602; 2002.
- WHO. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva, 2003.

- WIEDENMAYER, K.; SUMMERS, R. S.; MACKIE, C. A.; GOUS, A. G.; EVERARD, M.; TROMP, D. Developing pharmacy practice. A focus on patient care. WHO/PSM/PAR/2006. 5. Ginebra: *World Health Organization*; 2006.
- WIG, N.; LEKSHMI, R.; PAL, H.; AHUJA, V.; MITTAL, C. M.; AGARWAL, S. K. The impact of HIV/AIDS on the quality of life: a cross sectional study in North India. *Indian J Med Sci.* 60(1): 3-12; 2006.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. HIV/AIDS in Europe - Moving from death sentence to chronic disease management. 2006. Disponível em: <http://www.euro.who.int/pubrequest>. Acessado em: 20/12/2012 às 10:23 min.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adherence To Long-Term Therapies Evidence For Action, 2003. Disponível no site http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf, acessada em 13/10/12.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. The role of the pharmacist in the health care system, preparing the future pharmacist: curricular development. Vancouver, 1997. Report of a third WHO consultative group on the role of the pharmacist. 1997.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, Adherence to long-term therapies: evidence for action, Switzerland: Publications, 2003.
- ZACKIEWICZ, C. Investigação das práticas de automedicação em pacientes crônicos sob terapia medicamentosa [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
- ZANGHELINI, F.; ROCHA FILHO, J. DE A.; CARVALHO, A. L. M.; SILVA, A. S. DA. Impacto da atenção farmacêutica na função pulmonar de pacientes com asma grave. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.*, 34(3):379-386. 2013.
- ZANINI, A. C.; PAULO, L. G. Expectativas, dúvidas e fantasias da consulta médica. In: Zanini AC, Paulo LG. Compliance: sobre o encontro paciente-médico. São Paulo: Ipex, cap.1, 1-8, 1997.
- ZARY, N.; JOHNSON, G.; BOBERG, J.; FORS, U. G. “Development, implementation and pilot evaluation of a Web-based virtual patient case simulation environment – Web-SP”. In: BioMed Central Medical Education, pages 1-17. 2006.
- ZAWACKI, T.; NORRIS, J.; HESSLER, D. M.; MORRISON, D. M.; STONER, S. A.; GEORGE, W. H.; DAVIS, K. C.; ABDALLAH . Effects of relationship motivation, partner

familiarity, and alcohol on women's risky sexual decision making. *Pers Soc Psychol Bull*; 35(6):723-736; 2009.

- YEHIA, B. R.; MEHTA, J. M.; CIUFFETELLI, D.; MOORE, R. D.; PHAM, P. A.; METLAY, J. P.; GEBO, K. A. Antiretroviral Medication Errors Remain High but Are Quickly Corrected Among Hospitalized HIV-Infected Adults. *Clinical Infectious Diseases Advance Access*. May 31, 2012.

- YELLEN, E.; DAVIS, G.; RICARD, R. The measurement of patient satisfaction. *J Nurs Care Qual*; 16(4):23-9; 2002.

- YOKAICHIYA, C. M.; FIGUEIREDO, W. S. F.; SCHRAIBER, L. B. Usuários de drogas injetáveis e terapia antirretroviral: percepções das equipes de farmácia. *Rev Saúde Pública*, v. 41, Suppl. 2, p. 14-21, 2007.

- YOKAICHIYA, C. M.; FIGUEIREDO, W. S.; NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; SCHRAIBER, L. B. Equipes de farmácia e humanização da assistência a pacientes com HIV/AIDS: um estudo qualitativo em serviços municipais de São Paulo. *Jornal Brasileiro de AIDS: JBA*. v. 7, n. 5, mês set/out, páginas 240-247. 2006.

- YOKOYAMA, C. S.; MALUCELLI, A.; MORO, C. M. C.; HIRANO, L. R.; NOHAMA, P. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.*;32(1):19-26. 2011.



Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Departamento de Farmácia
Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas

APÊNDICES

**ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM HIV SOB TERAPIA ANTIRRETROVIRAL:
ADEQUAÇÃO, APLICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE INDICADORES CLÍNICOS,
HUMANÍSTICOS E DE ADESÃO NA ATENÇÃO FARMACÊUTICA.**

Aluno: Henry Pablo Lopes Campos e Reis

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marta Maria de França Fonteles

- APÊNDICE 1 -

❖ *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

(Em 2 vias, firmado por cada participante-voluntári(o,a) da pesquisa e pelo responsável)

Eu, _____
tendo sido convidad(o,a) a participar como voluntári(o,a) do estudo ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DE PACIENTES COM HIV SOB TERAPIA ANTIRETROVIRAL recebi da Professora Doutora Marta Maria de França Fonteles, do Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Ceará, que é a responsável pela execução dessa pesquisa, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

1. Que o estudo quer conhecer mais sobre mim, na verdade sobre como faço uso dos medicamentos que tomo no meu dia a dia. Se tenho alguma queixa quanto ao uso desses medicamentos, expressando nesse estudo quando eu sentir algo ao tomar os medicamentos. Se eles estão agindo bem no meu organismo e se estou tendo facilidades ou não de cumprir o tratamento que foi dado pelo médico.

2. Que esse tipo de estudo é chamado de acompanhamento terapêutico e que vai ser realizado principalmente pelo farmacêutico que fornece os medicamentos para o meu tratamento do meu problema de ser soro positivo. O farmacêutico junto com a Dra. Marta e alguns estudantes de farmácia vão ver os problemas relacionados com os medicamentos que acontecerem, anotar tudo e tentar resolver esses problemas com o auxílio de outros profissionais de saúde que também cuidam de mim e da minha saúde.

3. Que o acompanhamento feito para mim durará 9 meses, começando em outubro desse ano e indo até o meio do ano de 2009, e que durante esse tempo terei que responder a outros questionários para avaliar se minha qualidade de vida tem melhorado ou não quando o farmacêutico cuida de mim, vendo os medicamentos que estou tomando, principalmente aqueles para o meu problema de ser soro positivo. Nesse tempo, então, entendi que contarei com a assistência dos farmacêuticos em relação às minhas dúvidas, queixas e necessidades de orientação quanto à utilização de medicamentos, chás, etc.

4. Que responderei a várias perguntas que estão num questionário maior chamado de ficha farmacoterapêutica onde meus dados serão registrados, incluindo alguns resultados de exames para ver se os medicamentos estão trabalhando direito.

5. Que os resultados que se desejam alcançar com esse estudo são: 1. um maior conhecimento e orientação sobre o que tenho, e principalmente sobre o uso correto dos medicamentos; 2. diminuição de riscos para mim, dando, talvez, melhor qualidade para a minha vida e segurança; 3. uma avaliação, onde devo ser sincero(a), dos serviços prestados nesses meses em que fui acompanhado por farmacêuticos, se isso foi útil de alguma forma ou não para a minha saúde e bem-estar.

6. Que, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

7. Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.

8. Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço d(o,a) participante-voluntári(o,a)

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:

Ponto de referência:

Endereço d(os,as) responsável(eis) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Departamento de Farmácia, Universidade Federal do Ceará – Profa. Dra. Marta Maria de França Fonteles

Endereço : Rua Capitão Francisco Pedro, 1210

Bairro: /CEP/Cidade: Rodolfo Teófilo. 60.431-327, Fortaleza - Ceará

Telefones p/contato:85-33668274 / 85-33668257

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará

Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo

Telefone: 3366.8338

Fortaleza,

<p>(Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal - Rubricar as demais folhas)</p>	<p>Nome e Assinatura do(s) responsável(eis) pelo estudo (Rubricar as demais páginas)</p>
	<p>Nome do profissional que aplicou o TCLE</p>



Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Departamento de Farmácia
Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas

**ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM HIV SOB TERAPIA ANTIRRETROVIRAL:
ADEQUAÇÃO, APLICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE INDICADORES CLÍNICOS,
HUMANÍSTICOS E DE ADESÃO NA ATENÇÃO FARMACÊUTICA.**

Aluno: Henry Pablo Lopes Campos e Reis
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marta Maria de França Fonteles

- APÊNDICE 2 -

❖ Parecer de Aprovação - Comitê de Ética da UFC



Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Departamento de Farmácia
Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas

**ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM HIV SOB TERAPIA ANTIRRETROVIRAL:
ADEQUAÇÃO, APLICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE INDICADORES CLÍNICOS,
HUMANÍSTICOS E DE ADESÃO NA ATENÇÃO FARMACÊUTICA.**

Aluno: Henry Pablo Lopes Campos e Reis
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marta Maria de França Fonteles

- APÊNDICE 3 -

❖ *Ficha de Acompanhamento Farmacoterapêutico*



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA**

**Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos - GPUIM
Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica – CEATENF**

**FICHA DE SEGUIMENTO FARMACOTERAPÊUTICO
DO PACIENTE HIV POSITIVO**

Entrevistador: _____ Nº Questionário: _____ Data: ___/___/___

BLOCO A – DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS E ESTILO DE VIDA

Tempo de Início: _____ Tempo Final: _____

I) DADOS DO PACIENTE e ESTILO DE VIDA

1.1) Dados do Paciente

1) Nome (Abreviatura): _____

2) Prontuário: _____ 3) Data de Nascimento: ___/___/___

4) Peso: _____ 5) Cidade/Estado onde nasceu: _____

6) Cidade/Estado onde mora: _____

7) Sexo: 1 Masculino 2 Feminino

8) Estado civil: 1 Solteiro 3 Divorciado/Separado 5 União estável

2 Casado 4 Viúvo 6 Outros: _____

9) Raça/cor: 1 Branca 3 Amarela 5 Indígena

2 Preta 4 Parda 6 Ignorada

10) Nível de escolaridade: 1 Analfabeto 4 Fundamental completo 7 Superior incompleto

2 Sabe ler e escrever 5 Médio incompleto 8 Superior completo

3 Fundamental incompleto 6 Médio completo 9 Pós-graduado

11) Ocupação: 1 Desempregado 3 Do Lar 5 Trabalho c/ vínculo empregatício

2 Aposentado 4 Trabalhador autônomo 6 Outros: _____

12) Renda Individual: 1 < 01 salário mínimo (s.m.) 4 03-04 s.m. 7 Não Informado

2 01-02 s.m.

5 04-05 s.m.

3 02-03 s.m. 6 >05 s.m

13) **Possui auxílio doença:** 1 Sim 2 Não

14) **Com quem mora:** 1 Sozinho 2 Família (laços sanguíneos) 3 Outros:

15) **Tem cuidador:** 1 Sim, Quem: _____

2 Não

16) **Cuidador fixo:** 1 Sim 2 Não

1.2) Estilo de vida

- **Faz uso de bebida alcoólica:** 1 Sim, especifique a frequência 2 Não

– Frequência: 1 Diariamente 3 Mensalmente

2 Semanalmente 4 Ocasionalmente

- **Tem algum histórico do uso freqüente de álcool na família:** 1 Sim, Quem:

2 Não

- **Faz uso de drogas ilícitas:** 1 Sim, especifique qual: _____

2 Não

Especifique a frequência de uso:

– Frequência: 1 Diariamente 3 Mensalmente

2 Semanalmente 4 Ocasionalmente

- **Tem algum histórico do uso freqüente de drogas na família:** 1 Sim, Quem:

2 Não

- **Tabagista:** 1 Sim, especifique a frequência 2 Não

– Frequência: 1 Diariamente 3 Mensalmente

2 Semanalmente 4 Ocasionalmente

- **Atividade física:** 1 Sim, qual: _____ (especifique a frequência) 2

Não

- Frequência que pratica: 1 Diariamente 3 Mensalmente

2 Semanalmente 4 Ocasionalmente

- **Prática religiosa:** 1 Sim. Qual _____ (especifique a frequência). 2 Não

- Frequência: 1 Diariamente 3 Mensalmente

2 Semanalmente 4 Ocasionalmente

- **Alguma atividade recreativa/cultural:** 1 Sim, especifique a frequência 2 Não

- Frequência: 1 Diariamente 3 Mensalmente

2 Semanalmente 4 Ocasionalmente

BLOCO B – DADOS FARMACOTERAPÊUTICOS E DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA

Tempo de Início: _____ Tempo Final: _____

II) ANAMNESE FARMACÊUTICA REMOTA (Prontuário)

- Meio de contaminação:

- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Relação sexual | 4 <input type="checkbox"/> Uso de drogas injetáveis |
| 2 <input type="checkbox"/> Transfusão sanguínea | 5 <input type="checkbox"/> Outros _____ |
| 3 <input type="checkbox"/> Acidente de trabalho | 6 <input type="checkbox"/> Desconhece |

- Como descobriu a infecção:

- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Pré-natal | 5 <input type="checkbox"/> Exames de rotina |
| 2 <input type="checkbox"/> Pré-operatório | 6 <input type="checkbox"/> Busca de atendimento devido desconfiança |
| 3 <input type="checkbox"/> Sinais/Sintomas | 7 <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| 4 <input type="checkbox"/> Doação sanguínea | |

- Doenças associadas:

- | | |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> hipertensão | 7 <input type="checkbox"/> cardiopatia |
| 2 <input type="checkbox"/> diabetes | 8 <input type="checkbox"/> asma/DPOC |
| 3 <input type="checkbox"/> dislipidemia | 9 <input type="checkbox"/> insuficiência renal |

- 4 neuropatias 10 insuficiência hepática
 5 artropatias 11 gastrite ou úlcera
 6 dermatopatias 12 Outras: _____

- **Doenças Oportunistas já manifestadas e tratadas:** 1 Sim. Especifique quais doenças
 2 Não
 1 Neurotoxoplasmose 6 Infecções fúngicas recorrentes na pele, boca e garganta
 2 Neurocriptococose 7 Hanseníase
 3 Citomegalovirose 8 Tuberculose
 4 Candidíase 9 Outra: _____
 5 Pneumocistose

- **Faz Profilaxia para doenças oportunistas:** 1 Sim. Especifique quais doenças : 2 Não
 1 Neurotoxoplasmose 6 Infecções fúngicas recorrentes na pele, boca e garganta
 2 Neurocriptococose 7 Hanseníase
 3 Citomegalovirose 8 Tuberculose
 4 Candidíase 9 Outra: _____
 5 Pneumocistose

- **Alergias:** 1 Sim, qual ou quais? _____ 2 Não 3 Desconhece
 1 Alimentos 4 Medicamento (Quais: _____)
 2 Pó/Fumaça. 5 Outro(s): _____
 3 Animais

- **Hábitos alimentares:** 1. dieta alimentarespecífica, qual: _____ 2 café ;
 3 chás ; 4 Outros: _____

III) ANAMNESE FARMACÓLOGICA: Medicamentos rotineiramente utilizados diferentes dos antirretrovirais (Princípio Ativo/Dose/Posologia) nos últimos 30 dias. (2ª entrevista)

- Usa medicamentos sem prescrição médica:

1 Sim, Quais:

Quem indicou:

2 Não

- Indica medicamento para outras pessoas: 1 Sim 2 Não 3 Não sabe informar

Medicamentos/Dose/Posologia	Via Adm		Frequência -Tempo de utilização								
			Desde quando (Data)			Até quando (Data)					
1)											
2)											
3)											
4)											
5)											
6)											
7)											
8)											
9)											
Medicamentos Anteriores	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Quem lhe receitou?*											
Esta tendo alguma dificuldade em tomar o Medicamento?*											
Sabe como usar?*											
Sente algum efeito indesejável p/ utilização do medicamento?*											

Legenda: * Med – Médico; Enf- Enfermeira; AM – Automedicação; O – Outro

****SM-Sim; SP-Pouco; SR-Regular; Não**

IV) PROBLEMAS GERAIS QUE PODEM INTERFERIR NO TTO (distúrbios psiquiátricos, condições sócio-econômicas, etc) (Prontuário durante toda evolução do tratamento e avaliação do Serviço Social e Enfermagem).

V) AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA (1º encontro)

5.1) **Conhece sobre como se contrai/transmite a doença:**

- 1 Desconhece 3 Pouco
2 Regular 4 Muito

5.2) **Conhece sobre tratamento da doença:**

- 1 Desconhece 3 Pouco
2 Regular 4 Muito

5.3) **Conhece sobre prevenção da doença:**

- 1 Desconhece 3 Pouco
2 Regular 4 Muito

5.4) **Conhece sobre complicações da doença:**

- 1 Desconhece 3 Pouco
2 Regular 4 Muito

Quais: _____

VI) DADOS SOBRE A TERAPIA ANTIRETROVIRAL (TARV) E ADJUVANTES (FARMACOTERAPIA CORRELACIONADA A SIDA).

- Local (serviço de origem):

- Tempo de diagnóstico: _____

- Data de início da TARV: _____

- Sinais e/ou sintomas iniciais: _____

- Médico(a) prescritor(a): _____ CRM: _____

6.1) **Esquema de tratamento antiretroviral INICIAL:** Data: ____/____/____

MEDICAMENTO	CONCENTRAÇÃO	POSOLOGIA	HORÁRIOS

OBS: _____

6.2) **Esquema de tratamento antirretroviral SECUNDÁRIO:**

Data: ____/____/____

MEDICAMENTO	CONCENTRAÇÃO	POSOLOGIA	HORÁRIOS

Motivo de mudança de esquema:

6.3) Esquema de tratamento antirretroviral TERCIÁRIO:

Data: ___/___/___

MEDICAMENTO	CONCENTRAÇÃO	POSOLOGIA	HORÁRIOS

Motivo de mudança de esquema:

VII) PROBLEMAS RELACIONADOS AOS MEDICAMENTOS(PRM) – TRATAMENTO ANTIRETROVIRAL (TARV)

PRM	Medicamento	Descrição da suspeita de PRM	Causa*	Tipo	Data
	1)				
	2)				
	3)				
	4)				
	5)				
	6)				
	7)				
	8)				
	9)				

10)				
11)				
12)				
13)				
14)				
15)				
16)				
17)				
18)				
19)				
20)				

***Legenda:** **A) Categoria:** **Necessidade** (PRM1, PRM2); **Efetividade** (PRM3, PRM4); **Segurança** (PRM5, PRM6)

B) Causa: **01-** Acesso em receber o medicamento; **2-** Interação; **3-** Não adesão; **4-** Erro de prescrição; **5-** Erro de dispensação; **6-** Erro da administração; **7-** Automedicação; **8-** Reações adversas; **9-** Outros (Especificar)

C) Tipo: **01-**Potencial; **02-**Real

7.1) INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS

Intervenção Farmacêutica (IF)	Data	Aceita	Impacto	Desfecho	M. C	Comunicado	P.S. resolvido
1)							
2)							
3)							
4)							
5)							
6)							
7)							
8)							
9)							
10)							
11)							
12)							
13)							
14)							

15)							
16)							
17)							
18)							
19)							
20)							

Legenda:

IF: **01-** Sugerido aumentar a concentração/posologia do medicamento prescrito; **02-** Sugerido diminuir a concentração/posologia do medicamento prescrito; **03-** Sugerido alterar a via de administração do medicamento prescrito; **04-** Alertado para a omissão na administração do medicamento prescrito para o paciente no horário estabelecido; **05-** Alertado para a administração do medicamento prescrito com um quantitativo superior ao prescrito; **06-** Alertado para a administração do medicamento prescrito com um quantitativo inferior ao prescrito; **07-** Alertado inadequação da administração do medicamento que leva a alteração dos parâmetros Farmacocinéticos/Farmacodinâmicos; **08-** Alertado para potencial desenvolvimento da reação adversa por algum medicamento da terapia prescrita (Alergias); **09-** Alertado para identificação da reação adversa medicamentosa; **10-** Outros (Especificar).

IMPACTO: **01-** Prevenção/Resolução PRM1; **02-** Prevenção/Resolução PRM2; **03-** Prevenção/Resolução PRM3;

4- Prevenção/Resolução PRM4; **05-** Prevenção/Resolução PRM5; **06-** Prevenção/Resolução PRM6; **07-** Outros (Especificar).

DESFECHO: **01-** Suspensão do item prescrito, após contato com o médico; **02-** Modificado para outro medicamento com indicação semelhante; **03-** Informado/retificado pelo médico/enfermagem a informação omissa/incompleta; **04-** Aumentada a dose do medicamento prescrito; **05-** Diminuída a dose do medicamento prescrito; **06-** Alterada a via de administração do medicamento prescrito; **07-** Ratificada a informação técnica da prescrição (medicamento selecionado, concentração, via de administração, posologia e intervalo entre as doses) pelo médico; **08-** Ajustado/aprazado horário de administração para favorecer propriedades farmacocinética/farmacodinâmicas; **09-** Outros (Especificar).

MEIO DE COMUNICAÇÃO: Meio de Comunicação: **01-** Telefone; **02-** Comunicação Escrita; **03-** Comunicação Verbal ; **04-** Outros (Especificar).

COMUNICADO: **01-** Médico; **02-** Enfermeiro; **03-** Paciente; **04-** Cuidador; **05-** Outros (Especificar).

ACEITA: **01-** Sim; **02-** Não

PROBLEMA DE SAÚDE RESOLVIDO: **01-** Sim; **02-** Não

7.2) OBSERVAÇÕES GERAIS (Evolução do paciente):

VIII) EXAMES LABORATORIAIS:

Exame	Resultado	Exame	Resultado
Sífilis– VDRL		Toxoplasmose	IgG IgM
Hepatite B – Anti-HBC/HBSAG		Citomegalovírus	IgG IgM
Hepatite C – Anti-HCV		Rubéola	IgG IgM
Calazar – Punção da Medula Óssea		Chagas – Machado Guerreiro (Hemaglutinação Indireta)	

Tipagem Sanguínea ABO							
OUTROS							
Exame	V. Referência	Resultado / /	Resultado / /	Resultado / /	Resultado / /	Resultado / /	Resultado / /
Pressão arterial	120x80 mmHg						
Glicemia	70-110 mg/dL						
Ácido úrico	2,4-5,7 mg/dL						
Uréia	15-40 mg/dL						
Creatinina	0,4-1,4 mg/dL						
TGO	10-40 U/L						
TGP	10-40 U/L						
Colesterol total	Desejável <200 Limitrofe 200-239 Elevado >239						
HDL	> 65 mg/dL						
LDL	< 150 mg/dL						
VLDL	< 30 mg/dL						
Bilirrubina total	Até 1,2 mg/dL						
Bilirrubina direta	Até 0,4 mg/dL						
Bilirrub. Indireta							
Sódio	135-145meq/L						
Potássio	3,5-5,5 meq/L						
Hemácias	3,9-5,8 milh/mm ³						
Hemoglobina	11,5-16,6 g/dL						
Hematócrito	36-47%						
Leucócitos totais	5.000-10.000/mm ³						
Neutrófilos	2.000-7.000/mm ³						
Bastões	50-300/ mm ³						
Segmentados	2.000-7.500/ mm ³						
Eosinófilos	50-600/ mm ³						
Basófilos	0-100/ mm ³						
Linfócitos	1.000-4.500/ mm ³						
Monócitos	100-1.000/ mm ³						
Plaquetas	150.000- 450.000/ mm ³						
CD4	600-1200/ mm ³						
CD8							
Carga viral	indetectável						

BLOCO C – ADESÃO À TERAPÊUTICA ANTIRETROVIRAL E AFINS

Tempo de Início: _____ Tempo Final: _____

DATA: __/__/__ N° _____

IX) AVALIAÇÃO GERAL DA ADESÃO

9.1.1) Paciente consegue administrar seus medicamentos: 1 Sim 2 Não

9.1.2) Existe alguma forma/estratégia utilizada pelo paciente para facilitar a adesão:

1 Sim, Qual? _____

2 Não

9.1.3). Temnoção do risco do não cumprimento da terapêutica: 1 Sim 2 Não

9.2) ADESÃO À TERAPÊUTICA (A.B.Delgado e M.L.Lima)

Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

Sempre	quase sempre	com freqüência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?

Sempre	quase sempre	com freqüência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?

Sempre	quase sempre	com freqüência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre	quase sempre	com freqüência	por vezes	Raramente	Nunca
	1	2	3 4 5 6		

5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre	quase sempre	com freqüência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre	quase sempre	com freqüência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre	quase sempre	com freqüência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

8. Caso a questão 1 seja afirmativa, quais os motivos que levam você a se esquecer de tomar o remédio?

9. Caso a questão 2 seja afirmativa, quais os motivos que levam você a se descuidar quanto ao horário de tomar o remédio?

10. Caso a questão 3 seja afirmativa, quais os motivos que levam você a se deixar de tomar o remédio nesta situação?

11. Caso a questão 4 seja afirmativa, quais os motivos que levam você a se deixar de tomar o remédio nesta situação?

BLOCO D – OUTRAS INFORMAÇÕES

Tempo de Início: _____ Tempo Final: _____

- Informações obtidas do paciente sobre os medicamentos antirretrovirais:

12. Tomar o medicamento antirretroviral prescrito afeta a sua rotina de vida?

1 Um Pouco 2 Muito 3 Não afeta 4 Não sabe informar (mais ou menos)

Se 1 ou 2, por quê?

13. Poderia dizer quais os possíveis problemas de tomar junto com outro(s) medicamento(s) e/ou alimento?

1 Sim, _____

Quais? _____

2 Não 3 Não sabe dizer

14. Possui alguma dificuldade em ir buscar o medicamento antirretroviral?

1 Um Pouco 2 Muito 3 Não tem dificuldade 4 Não sabe dizer

Se 1 ou 2, por quê?

15. Onde armazena os medicamentos:

1 Cozinha 4 Sala

2 Banheiro 5 Outro: _____

3 Quarto

16. Quem é, habitualmente, a pessoa responsável pela administração do medicamento?

1 Paciente 4 Familiares (Quem: _____)

2 Paciente e Familiares (Quem: _____) 5 Profissionais de saúde (Quem: _____)

3 Parceiro (a) 6 Outros, quem: _____

17. Possui apoio da sua família para realizar o tratamento?

1 Sim, totalmente 3 Não

2 Sim, parcialmente 4 Não sabe dizer

BLOCO E: ATENDIMENTO E RELAÇÃO COM O SERVIÇO DE FARMÁCIA E EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

18. Está satisfeito com o medicamento? Acha que ele está tendo efeito terapêutico?

- 1 Sim, totalmente
 2 Sim, parcialmente (Detalhar: _____)
 3 Não. Por quê? _____
 4 Não sabe dizer

19. Está satisfeito com o atendimento na Farmácia?

- 1 Sim, totalmente
 2 Sim, parcialmente (Detalhar: _____)
 3 Não. Por quê? _____
 4 Não sabe dizer

20. Tem confiança na equipe médica que fez o atendimento?

- 1 Sim, totalmente
 2 Sim, parcialmente
 3 Não. Por quê? _____

21. Foi informado sobre como tomar o medicamento?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sabe dizer

Caso a resposta seja sim: -Quem informou?

- 1 Médico 4 Serviço Social
 2 Enfermeiro 5 Outros: _____
 3 Farmacêutico

-E o(a) Sr(a) ficou satisfeito?

- 1 Sim, totalmente 2 Sim, parcialmente 3 Não 4 Não sabe dizer

22. Foi informado sobre a finalidade do medicamento?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sabe dizer

Caso a resposta seja sim: -Quem informou?

- 1 Médico 4 Serviço Social
 2 Enfermeiro 5 Outros: _____
 3 Farmacêutico

-E o(a) Sr(a) ficou satisfeito?

- 1 Sim, totalmente 2 Sim, parcialmente 3 Não 4 Não sabe dizer

23. Foi informado sobre possíveis efeitos colaterais (indesejáveis) do medicamento?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sabe dizer

Caso a resposta seja sim: -Quem informou?

- 1 Médico 4 Serviço Social
2 Enfermeiro 5 Outros: _____
3 Farmacêutico

-E o(a) Sr(a) ficou satisfeito?

- 1 Sim, totalmente 2 Sim, parcialmente 3 Não 4 Não sabe dizer

24. Foi informado sobre possíveis problemas de tomar junto com outros medicamentos e/ou alimentos?

- 1 Sim 2 Não 3 Não sabe dizer

Caso a resposta seja sim: -Quem informou?

- 1 Médico 4 Serviço Social
2 Enfermeiro 5 Outros: _____
3 Farmacêutico

-E o(a) Sr(a) ficou satisfeito?

- 1 Sim, totalmente 3 Não
2 Sim, parcialmente 4 Não sabe dizer

25. Foi informado sobre o local adequado para armazenar os medicamentos:

- 1 Sim 2 Não 3 Não sabe dizer

Caso a resposta seja sim: -Quem informou?

- 1 Médico 4 Serviço Social
2 Enfermeiro 5 Outros: _____
3 Farmacêutico

-E o(a) Sr(a) ficou satisfeito?

- 1 Sim, totalmente 3 Não
2 Sim, parcialmente 4 Não sabe dizer

**BLOCO F: QUESTIONÁRIO SATISFAÇÃO DO PACIENTE COM RELAÇÃO AO FARMACÊUTICO PESQUISADOR
E AO PROGRAMA DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA (LYRA, JR, 2005)**

INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO COM RELAÇÃO AO FARMACÊUTICO-PESQUISADOR E AO
PROGRAMA DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA

OPÇÃO

- | | | | | | | | |
|-----|---|----------|----------------|------------|---------------|---------|--------------------------|
| 1. | O farmacêutico fica com o(a) sr(a) tanto tempo quanto necessário? | 1=SEMPRE | 2=QUASE SEMPRE | 3=AS VEZES | 4=QUASE NUNCA | 5=NUNCA | <input type="checkbox"/> |
| 2. | O farmacêutico explica os possíveis efeitos colaterais que um novo medicamento pode causar ao sr.(a)? | 1=SEMPRE | 2=QUASE SEMPRE | 3=AS VEZES | 4=QUASE NUNCA | 5=NUNCA | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Se o(a) sr.(a) tem uma dúvida sobre sua prescrição (receita), o farmacêutico está disponível para lhe orientar? | 1=SEMPRE | 2=QUASE SEMPRE | 3=AS VEZES | 4=QUASE NUNCA | 5=NUNCA | <input type="checkbox"/> |
| 4. | O farmacêutico sabe explicar as coisas de um modo que o(a) sr.(a) entenda? | 1=SEMPRE | 2=QUASE SEMPRE | 3=AS VEZES | 4=QUASE NUNCA | 5=NUNCA | <input type="checkbox"/> |
| 5. | O farmacêutico é tão detalhista quanto poderia ser? | 1=SEMPRE | 2=QUASE SEMPRE | 3=AS VEZES | 4=QUASE NUNCA | 5=NUNCA | <input type="checkbox"/> |
| 6. | O farmacêutico confirma se o(a) sr(a) entendeu como tomar os medicamentos? | 1=SEMPRE | 2=QUASE SEMPRE | 3=AS VEZES | 4=QUASE NUNCA | 5=NUNCA | <input type="checkbox"/> |
| 7. | O farmacêutico não fica tempo suficiente com o(a) sr(a)? | 1=SEMPRE | 2=QUASE SEMPRE | 3=AS VEZES | 4=QUASE NUNCA | 5=NUNCA | <input type="checkbox"/> |
| 8. | O farmacêutico é amigável com o(a) sr(a)? | 1=SEMPRE | 2=QUASE SEMPRE | 3=AS VEZES | 4=QUASE NUNCA | 5=NUNCA | <input type="checkbox"/> |
| 9. | O farmacêutico é um profissional competente? | 1=SEMPRE | 2=QUASE SEMPRE | 3=AS VEZES | 4=QUASE NUNCA | 5=NUNCA | <input type="checkbox"/> |
| 10. | O(a) sr(a) tem que esperar muito tempo antes que consiga ser atendido pelo farmacêutico? | 1=SEMPRE | 2=QUASE SEMPRE | 3=AS VEZES | 4=QUASE NUNCA | 5=NUNCA | <input type="checkbox"/> |
| 11. | O(a) sr(a) tem dificuldade de entender o farmacêutico? | 1=SEMPRE | 2=QUASE SEMPRE | 3=AS VEZES | 4=QUASE NUNCA | 5=NUNCA | <input type="checkbox"/> |
| 12. | O farmacêutico se interessa sinceramente pelo sr(a), como pessoa? | 1=SEMPRE | 2=QUASE SEMPRE | 3=AS VEZES | 4=QUASE NUNCA | 5=NUNCA | <input type="checkbox"/> |
| 13. | Há muitas distrações (na sala de atendimento) que fazem com que o sr(a) não receba um bom atendimento? | 1=SEMPRE | 2=QUASE SEMPRE | 3=AS VEZES | 4=QUASE NUNCA | 5=NUNCA | <input type="checkbox"/> |
| 14. | O(a) sr(a) está satisfeito com o atendimento que está recebendo do farmacêutico? | 1=SEMPRE | 2=QUASE SEMPRE | 3=AS VEZES | 4=QUASE NUNCA | 5=NUNCA | <input type="checkbox"/> |

QUESTÕES ABERTAS

15. Qual o significado do farmacêutico para o Sr(a). e para a sua saúde?

16. O que significou para o(a) Sr(a). e para a sua saúde participar desse programa?

BLOCO G: QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA – Short Form 36 (SF 36)

ANEXO B

SF-36 PESQUISA EM SAÚDE	SCORE
-------------------------	-------

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o melhor que puder.

(circule uma)

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

- | | |
|-------------------|---|
| .Excelente | 1 |
| .Muito boa | 2 |
| .Boa | 3 |
| .Ruim..... | 4 |
| .Muito ruim | 5 |

2. Comparando a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

- | | |
|---|---|
| .Muito melhor agora do que a um ano atrás..... | 1 |
| .Um pouco melhor agora do que a um ano atrás..... | 2 |
| .Quase a mesma coisa de um ano atrás..... | 3 |
| .Um pouco pior agora do que há um ano atrás..... | 4 |
| .Muito pior agora do que há um ano atrás..... | 5 |

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não dificulta de modo algum
a. Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos	1	2	3
b. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer casa	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d. Subir vários lances de escada	1	2	3
e. Subir um lance de escada	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar mais de um quilometro	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em suas atividades?	1	2
d. Teve dificuldades de fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex: necessitou de um esforço extra)?	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, (como consequência se algum problema emocional)como sentir-se deprimido e ansioso)?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas 4 semanas, De que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

- | | |
|------------------------|---|
| .De forma nenhuma..... | 1 |
| .Ligeiramente..... | 2 |
| .Moderadamente | 3 |
| .Bastante | 4 |
| .Grave | 5 |
| .Muito grave..... | 6 |

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

(circule uma)

- | | |
|-------------------|---|
| .Nenhuma..... | 1 |
| .Muito leve | 2 |
| .Leve | 3 |
| .Moderada | 4 |
| .Grave | 5 |
| .Muito grave..... | 6 |

8. Durante as últimas 4 semanas, quanta dor no corpo interferiu com seu trabalho normal (incluindo tanto trabalho, fora de casa e dentro de casa)?

(circule uma)

- | | |
|--------------------------|---|
| .De maneira alguma | 1 |
| .Um pouco | 2 |
| .Moderadamente | 3 |
| .Bastante | 4 |
| .Extremamente | 5 |

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais aproxime da maneira como você se sente. Em relação as últimas 4 semanas.

(circule um numero para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguns partes do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo e tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

- .Todo o tempo.....1
- .A maior parte do tempo.....2
- .Alguma parte do tempo.....3
- .Uma pequena parte do tempo.....4
- .Nenhuma parte do tempo.....5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

(circule um número para cada linha)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a. Eu costumo adoecer mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c. Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5



Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Departamento de Farmácia
Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas

**ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM HIV SOB TERAPIA ANTIRRETROVIRAL:
ADEQUAÇÃO, APLICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE INDICADORES CLÍNICOS,
HUMANÍSTICOS E DE ADESÃO NA ATENÇÃO FARMACÊUTICA.**

Aluno: Henry Pablo Lopes Campos e Reis

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marta Maria de França Fonteles

- APÊNDICE 4 -

❖ *Quadro de categorização sistemática dos Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM), Intervenções Farmacêuticas edemais parâmetros do AFT*



Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Departamento de Farmácia
Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas

**ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM HIV SOB TERAPIA ANTIRRETROVIRAL:
ADEQUAÇÃO, APLICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE INDICADORES CLÍNICOS,
HUMANÍSTICOS E DE ADESÃO NA ATENÇÃO FARMACÊUTICA.**

Aluno: Henry Pablo Lopes Campos e Reis
Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Marta Maria de França Fonteles

- APÊNDICE 5 -

❖ *Material Técnico Elaborado:*
Folder Informativo – Orientações Farmacêuticas



Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Departamento de Farmácia
Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas

**ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM HIV SOB TERAPIA ANTIRRETROVIRAL:
ADEQUAÇÃO, APLICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE INDICADORES CLÍNICOS,
HUMANÍSTICOS E DE ADESÃO NA ATENÇÃO FARMACÊUTICA.**

Aluno: Henry Pablo Lopes Campos e Reis

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marta Maria de França Fonteles

- APÊNDICE 6 -

❖ *Planilha de preenchimento do tempo de execução dos Blocos da Ficha de Acompanhamento Farmacoterapêutico*



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA

Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos - GPUIM
Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica – CEATENF

BLOCO	Tempo de Início	Tempo Final	DATA
A			_ / _ / _
B			_ / _ / _
C			_ / _ / _
D			_ / _ / _
E			_ / _ / _
F			_ / _ / _



Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Departamento de Farmácia
Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas

**ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM HIV SOB TERAPIA ANTIRRETROVIRAL:
ADEQUAÇÃO, APLICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE INDICADORES CLÍNICOS,
HUMANÍSTICOS E DE ADESÃO NA ATENÇÃO FARMACÊUTICA.**

Aluno: Henry Pablo Lopes Campos e Reis

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marta Maria de França Fonteles

- APÊNDICE 7 -

**❖ *Procedimento Operacional Padrão (POP) para execução do
Acompanhamento Farmacoterapêutico***



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA
Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos - GPUIM
Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica – CEATENF

PROCEDIMENTO PARA O MOMENTO DO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

- 1) Aplicar o Termo de Consentimento (1º encontro) e anotar Tempo de entrevista em cada encontro (COLOCAR POR BLOCO!!)
- 2) **BLOCO A: DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS E ESTILO DE VIDA**
 - Análise do prontuário e 1ª entrevista direta com o paciente
- 3) **BLOCO B: DADOS FARMACOTERAPÊUTICOS E DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA**
 - Prontuário
 - Dados não relatados (checar com o paciente)
 - Parte II: prontuário e 1ª entrevista
 - Parte III: 1ª entrevista (questiona sobre outros medicamentos de uso geral solicitar a sacola de medicamentos no 1º encontro para analisar e avaliar no 2º momento as informações ditas pelo paciente no 1º encontro)
 - Tentar explorar as questões relativas às alergias e hábitos alimentares - sociais
 - Avaliação do conhecimento sobre a doença: entrevista no 1º encontro
 - Parte IV: Prescrição/Prontuário + Entrevista com paciente (1ª entrevista)
 - Parte V: Conhecimento sobre a doença (1º encontro)
 - Parte VI: Prontuário após 1ª entrevista
 - Parte VII: A partir do 2º encontro, em todos os encontros. Fontes: prontuário, entrevista (paciente) e análise dos exames laboratoriais. EXPLORAR e INVESTIGAR
 - Parte VIII: Fonte: prontuário. A partir do 1º encontro e de forma sistemática (ênfase para checagem do CD4 e carga viral a cada 3 meses):
- 4) **BLOCO C: ADESÃO À TERAPÊUTICA ANTIRETROVIRAL E AFINS**
 - Parte IX: A partir do 2º encontro, todos os meses devem ser replicados para monitorar a adesão do paciente
 - Colocar data e N° do encontro
 - Pergunta 9.1.2: Descrever o relato do paciente com exemplos ditos pelo mesmo no espaço para anotações que está no final do questionário.
- 5) **BLOCO D: OUTRAS INFORMAÇÕES**
 - Informações obtidas do paciente sobre os medicamentos antiretrovirais: 2º encontro (única vez).
- 6) **BLOCO E: ATENDIMENTO E RELAÇÃO COM O SERVIÇO E ATENDIMENTO FARMACÊUTICO**
 - Aplicar no 5º encontro
- 7) **BLOCO F: QUESTIONÁRIO SATISFAÇÃO DO PACIENTE COM RELAÇÃO AO FARMACÊUTICO PESQUISADOR E AO PROGRAMA DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA**
 - Aplicar no 9º encontro.
- 8) **BLOCO G: QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA (SF 36)**
 - Aplicar no 1º E 9º encontros (pelo Serviço Social).



Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Departamento de Farmácia
Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas

**ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM HIV SOB TERAPIA ANTIRRETROVIRAL:
ADEQUAÇÃO, APLICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE INDICADORES CLÍNICOS,
HUMANÍSTICOS E DE ADESÃO NA ATENÇÃO FARMACÊUTICA.**

Aluno: Henry Pablo Lopes Campos e Reis
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marta Maria de França Fonteles

- APÊNDICE 8 -

❖ *Lista de Resumos de Trabalhos Publicados*

Lista de Resumos de Científicos Publicados

	TRABALHOS CIENTÍFICOS EM CONGRESSOS NACIONAIS	TOTAL:
1.	REIS, H P L C E ; SILVA V T ; LIMA L F; CARMO, C. P. ; ALENCAR, A. V. ; CARLOS, J. O. ; FONTELES, M. M. F. .Determination of adherence to pharmacotherapy in HIV+ patients by the registration dispensation. In: ISPOR 18th Annual International Meeting, 2013, New Orleans, USA. ISPOR 18th Annual International Meeting, 2013. v. 1. p. 1.	
2	REIS, H. P. L. C. ; CARLOS, J. O. ; MAIA, M. ; Virna Tagilian Silva ; TAKEDA, C. ; CARVALHO, B. ; CARMO, C. P. ; FONTELES, M. M. F. . Percepção das pessoas vivendo com HIV em relação à satisfação com o tratamento antirretroviral: conhecer para otimizar o cuidado!. In: XVIII Congresso Brasileiro de Infectologia, 2013, Fortaleza. XVIII Congresso Brasileiro de Infectologia, 2013. v. 1. p. 11-11.	
3	REIS, H P L C e ; MAIA, M. ; CARLOS, J. O. ; Virna Tagilian Silva ;Christianne Takeda ; Braulio Carvalho ; PONCIANO, A. M. S. ; FONTELES, M. M. F. . Orientações farmacoterapêuticas prestadas pela equipe multiprofissional no cuidado a pessoas vivendo com HIV: percepções dos usuários. In: XVIII Congresso Brasileiro de Infectologia, 2013, Fortaleza. XVIII Congresso Brasileiro de Infectologia, 2013. v. 1. p. 12-12.	
4	NUNES, A. R. ; Henry Pablo Lopes Campos e Reis ; Eudiana Vale Francelino ; MONTEIRO, M. P. ; FONTELES, M. M. F. ; Virna Tagilian Silva ; SARTORI, E. ; CARLOS, J. O. . Classificação das reações adversas aos antirretrovirais em pacientes HIV+: cuidado farmacêutico e a farmacovigilância interfaceada. In: Congresso de Farmácia Hospitalar - IX Brasileiro e II Sulamericano, 2013, São Paulo. anais do evento em edição suplementar da Rev. Brasil. de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde, 2013. v. 1. p. 1-1.	
5	SILVA, V T ; LIMA L F ; LEITE, F. A. M. ; CARLOS, J. O. ; ALENCAR, A. V. S. ; EUDIANA V. FRANCELINO ; ROMERO, N. ; LUZIA Izabel Mesquita Moreira ; FONTELES, M. M. F. ; PONCIANO, A. M. S. . Problemas de segurança detectados durante acompanhamento farmacoterapeutico de pacientes HIV+ em inicio de tratamento:reações adversas causadas por antirretrovirais. In: IV Congresso Brasil. sobre URM - IV CBURM, 2012, Salvador. IV CBURM, 2012. v. 1. p. 25-25.	
6	REIS, H. P. L. C. ; Virna Tagilian Silva ; ALENCAR, A. V. ; Lima, Livia Falcão; CARLOS, J. ; FONTELES, M. M. F. . Análise da satisfação sobre o acompanhamento farmacoterapêutico: a percepção dos pacientes HIV+. In: 2º Congresso Brasileiro de Farmacêuticos Clínicos - 2º PCare, 2012, São Paulo. 2º PCare, 2012. v. 1. p. 1-1.	
7.	REIS, H. P. L. C. ; Karla Nascimento Magalhães ; Catarine Loureiro ; Maraiza Teixeira ; SILVA, L. I. M. M. ; FONTELES, M. M. F. . ANÁLISE DE INDICADORES CLÍNICOS EM PACIENTES HIV+: COLABORAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO. In: PCare 2011 - Congresso Brasileiro de Farmacêuticos Clínicos, 2011, São Paulo. PCare 2011 - Congresso Brasileiro de Farmacêuticos Clínicos, 2011. v. 1. p. 4-4.	
08.	Bruna Cristina Martins ; Catarine Loureiro ; REIS, H. P. L. C. ; Karla Nascimento Magalhães ; Viviane Nascimento ; BRITO, A. C. ; CARMO, C. P. ; Sarah Freitas Alves ; PONCIANO, A. M. S. ; FONTELES, M. M. F. . Estruturação e aplicação de um instrumento para aferir a adesão á terapia antirretroviral. In: XX Congresso Pan-americano de Farmácia/XIV Congresso da Federação Farmaceutica Sul-americana, 2010, Porto Alegre. XX Congresso Pan-americano de Farmácia/XIV Congresso da Federação Farmaceutica Sul-americana, 2010. v. 1. p. 35-35.	

09.	Mayara de o. Ferreira ; SA, I. E. O. ; Debora Gonçalves ; REIS, H. P. L. C. ; Elcídio V. Taelane ; FONTELES, M. M. F. . Instrumento de consulta rápida sobre interações medicamentosas com antiretrovirais e indicadores de avaliação. In: VII Congresso Brasileiro de Farmácia Hospitalar, 2009, Belo Horizonte. VII Congresso Brasileiro de Farmácia Hospitalar, 2009. v. 1. p. 46-46.	
10.	Satisfação de pacientes HIV+ em acompanhamento farmacoterapêutico em serviço de atenção especializada. In: Congresso SBRAFH 2011 (Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar), 2011, Salvador-BA. Congresso SBRAFH 2011 (Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar), 2011. v. 1. p. 1-1. FONTELES, M. M. F.; REIS, H. P. L. C.; Karla Nascimento Magalhães; Lívia Falcão Lima; Virna Tagilian Silva; LEITE, F. A. M.; CARMO, C. P.; PONCIANO, A. M. S.	
11.	REIS, H. P. L. C.; Karla Nascimento Magalhães; Lívia Falcão Lima; Virna Tagilian Silva; Maraiza Teixeira; Christianne Takeda; Bráulio Carvalho; LEITE, F. A. M.; CARMO, C. P.; PONCIANO, A. M. S.; FONTELES, M. M. F..Prevalência de automedicação em pacientes HIV+: alerta para segurança na farmacoterapia. In: Congresso de infectologia 2011, 2011, Fortaleza. Congresso de infectologia 2011, 2011. v. 1. p. 1-1.	
12	REIS, H. P. L. C.; FONTELES, M. M. F.; PONCIANO, A. M. S.; Bruna Cristina Martins; NASCIMENTO, K. B.; NASCIMENTO, V. S.Documentação /registro no acompanhamento de pacientes HIV+: ficha farmacoterapêutica (estruturação e aplicação). In: VII Congresso Brasileiro de Farmácia Hospitalar, 2009, Belo Horizonte. VII Congresso Brasileiro de Farmácia Hospitalar, 2009. v. 1. p. 48-48.	
13	REIS, H. P. L. C.; Silva, K M; Catarine Loureiro; CARMO, C. P.; PONCIANO, A. M. S.; FONTELES, M. M. F. Avaliação de parâmetros biopsicossociais dos pacientes HIV+ sob acompanhamento farmacoterapêutico em um Centro de Especialidades Médicas de Fortaleza-CE: estratégia para ações direcionadas, individualizadas e racionais. In: III Congresso Brasileiro sobre o Uso Racional de Medicamentos, 2009, Fortaleza. III Congresso Brasileiro sobre o Uso Racional de Medicamentos, 2009.	
	TRABALHOS CIENTÍFICOS EM CONGRESSOS INTERNACIONAIS	TOTAL: 06
	REIS, Henry Pablo Lopes Campos e ; SILVA, L. I. M. M. ; CARMO, C. P ; FONTELES, M. M. F. Determination of adherence to pharmacotherapy antiretroviral in HIV+ patients by the registration dispensation. In: International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research, 2013, New Orleans. ISPOR 18th Annual International Meeting in New Orleans, 2013.	
	REIS, HENRY PABLO LOPES CAMPOS E ; KARLA NASCIMENTO MAGALHÃES ; CATARINE LOUREIRO ; CARMO, C. P ; PONCIANO, A. M. S. ; FONTELES, M. M. F. Care plan for HIV+ in specialized Aids center in Brasil:pharmacotheapeutic form and pilot study.. Acta Scientiarum. Health Sciences (Impresso), 2013.	
	LIMA, LÍVIA FALCÃO; CATARINE LOUREIRO; KARLA NASCIMENTO MAGALHÃES; REIS, H. P. L. C.; LEITE, F. A. M.; NADIR KHEIR; Woods, David John; SILVA, L. I. M. M.; PONCIANO, A. M. S.; FONTELES, M. M. F. EVALUATION OF THE INTERFERENCE OF ANTIRETROVIRAL THERAPY ON ROUTINE ACTIVITIES OF LIFE IN HIV+ PATIENTS ATTENDING A SPECIALIZED CARE SERVICE IN FORTALEZA-CEARA. In: II International Symposium of Pharmaceutical Care, 2011, Poços de Caldas. II International Symposium of Pharmaceutical Care, 2011. v. 1. p. 1-1.	
	SARAH DE CARVALHO FREITAS ALVES; KARLA NASCIMENTO MAGALHÃES; REIS, H. P. L. C.; MARAIZA TEIXEIRA; NADIR KHEIR; WOODS, DAVID JOHN; SILVA, L. I. M. M.; PONCIANO, A. M. S.; FONTELES, M. M. F. PHARMACOLOGICAL PROBLEMS IN PATIENTS RECEIVING	

	INITIAL ANTIRETROVIRAL THERAPY: AN APPROACH IN SECONDARY HEALTH CARE. In: II International Symposium of Pharmaceutical Care, 2011, Poços de Caldas. II International Symposium of Pharmaceutical Care, 2011. v. 1. p. 1-1.	
	Bruna Cristina Martins ; Loureiro, C; Reis, H P L C; Karla Nascimento Magalhães ; Viviane Nascimento ; BRITO, A. C. ; CARMO, C. P. ; Sarah Freitas Alves ; PONCIANO, A. M. S. ; FONTELES, M. M. F. . Estruturação e aplicação de um instrumento para aferir a adesão á terapia antirretroviral. In: XX Congresso Pan-americano de Farmácia/XIV Congresso da Federação Farmaceutica Sul-americana, 2010, Porto Alegre. XX Congresso Pan-americano de Farmácia/XIV Congresso da Federação Farmaceutica Sul-americana, 2010. v. 1. p. 35-35.	
	REIS, H. P. L. C.; Catarine Loureiro; Karla Nascimento Magalhães; Viviane Nascimento; BRITO, A. C.; Bruna Cristina Martins ; Luzia Izabel Mesquita Moreira ; PONCIANO, A. M. S. ; NADIR KHEIR ; David John Woods ; FONTELES, M. M. F. .Pharmaceutical care services to Hiv patients in northeast of Brazil, Ceará: planning, indicators and documentation. In: 70th International Congress of FIP - FIP 2010, 2010, Lisboa, Portugal. FIP-2010, 2010. v. 1. p. 51-51.	
	INDICADOR DE RESULTADOS = NÚMERO TOTAL DE TRABALHOS CIENTÍFICOS PUBLICADOS EM CONGRESSOS	TOTAL: 19



Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Departamento de Farmácia
Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas

**ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM HIV SOB TERAPIA ANTIRRETROVIRAL:
ADEQUAÇÃO, APLICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE INDICADORES CLÍNICOS,
HUMANÍSTICOS E DE ADESÃO NA ATENÇÃO FARMACÊUTICA.**

Aluno: Henry Pablo Lopes Campos e Reis
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marta Maria de França Fonteles

- APÊNDICE 9 -

❖ *Artigos Científicos - PUBLICADOS*

RESUMO ARTIGO 1:

CARE PLAN FOR HIV+ PATIENTS IN AIDS REFERRAL CENTER OF BRAZIL: DESCRIPTION OF PHARMACOTHERAPEUTIC FORM AND PILOT STUDY

PLANO DE CUIDADO PARA PACIENTES HIV+ EM CENTRO ESPECIALIZADO EM AIDS DO BRASIL: DESCRIÇÃO DA FICHA FARMACOTERAPÊUTICA E ESTUDO PILOTO

Ficha farmacoterapêutica para pacientes HIV+

Pharmacotherapeutic form for HIV+ patients

RESUMO

Objetivo: Descrever o modelo de ficha farmacoterapêutica utilizada no acompanhamento farmacoterapêutico (AFT) de pacientes sob terapia antirretroviral em centro especializado do Ceará, da sua estruturação à aplicação. **Métodos:** Através de um grupo focal, o processo de elaboração e aplicação da ferramenta de registro foi realizado e envolveu as seguintes etapas: 1. Revisão bibliográfica; 2. Diagnóstico situacional do local de prestação do serviço farmacêutico; 3. Escolha do método de AFT; 4. Seleção de indicadores clínicos; 5. Avaliação por comitê de especialistas; 6. Elaboração de procedimento operacional padrão com roteiro e frequência de aferição dos diferentes blocos do instrumento; 7. Estudo piloto para aplicação e avaliação inicial da ficha em 25 pacientes/usuários. **Resultados:** A ficha de AFT envolveu seis blocos com dados pessoais, anamnese farmacêutica e registros de avaliação da adesão, etc. A descrição e formatação dos blocos são apresentadas no trabalho. Durante o uso da ficha no estudo piloto, foram identificados 322 problemas relacionados com medicamentos antirretrovirais. **Conclusão:** A ficha de AFT, estruturada com seus diferentes blocos, pareceu ser adequada e aplicável para o registro de problemas com antirretrovirais em pacientes HIV+, sendo útil para nortear intervenções farmacêuticas juntamente com a equipe multiprofissional em serviço de atendimento especializado.

PALAVRAS-CHAVE: Documentação; HIV; Atenção Farmacêutica.

ABSTRACT

Objective: To describe the model form used for monitoring pharmacotherapeutic follow up (PF) of patients taking antiretroviral therapy in specialized center of Ceará, from its structure to its application in practice. **Methods:** Through focus group was discussed the structure of the PF instrument. The following steps and considerations were used to draft the instrument: 1. Literature review; 2. Consideration of local service provision of pharmaceutical care; 3. The preferred method of AFT; 4. Clinical indicators; 5. Evaluation by an expert committee; 6. Development of a Standard Operating Procedure on the use and application of the instrument. 7. Pilot study for implementation and evaluation of the form with 25 patients / users. **Results:** The form for patient monitoring of HIV pharmacotherapy consisted of six blocks, with patient data, pharmaceutical anamnesis and records of adherence evaluation, etc. The description and format of the blocks are presented in the paper. While using the form in the pilot study, we identified 322 problems related to antiretroviral drugs. **Conclusion:** The PF form, seemed appropriated and applicable for registry of problems related to antiretroviral drugs in HIV positive patients, as well helpful to guide interventions by pharmacists working in a multiprofessional team in specialized healthcare settings.

KEY WORDS: Documentation; HIV; Pharmaceutical care.

RESUMO ARTIGO 02:**QUALITY OF LIFE OF HIV+ PATIENTS UNDERGOING PHARMACOTHERAPEUTIC FOLLOW-UP**

Catarine Vitor Loureiro¹; Henry Pablo Lopes Campos e Reis^{1,2}; Karla do Nascimento Magalhães³; Cristiane Policarpo Carmo³; Francisca Ana Maria Leite³; Ana Cláudia de Brito Passos⁴; Paulo Yuri Milen Firmino^{1,2}; Nadir Kheir^{1,5}; David John Woods^{1,6}, Ângela Maria de Souza Ponciano¹; Marta Maria de França Fonteles^{1,2,*}

¹Centre of Studies in Pharmaceutical Care (CEATENF)/Research Group on Pharmaceutical Care (GRUPATF)/ CNPq, Federal University of Ceará, ²Post-graduation Program in Pharmaceutical Sciences, Federal University of Ceará, ³José de Alencar Medical Specialties Center (CEMJA), Brazil, ⁴Drug Information Center (CIM), Federal University of Ceará, Brazil, ⁵Qatar University, Doha, ⁶School of Pharmacy, Otago University, and Best Practice Advocacy Centre, BPAC, New Zealand

***Correspondence:**

M. M. F. Fonteles

Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica (CEATENF)

Departamento de Farmácia

Universidade Federal do Ceará

R. Cel. Francisco Pedro, nº 1210 – 60430-170

Fortaleza - Ceará, Brasil

Tel. (085)33668276

E-mail: martafonteles@yahoo.com.br

The influence of pharmacotherapeutic follow-up (PTF) on quality of life was evaluated in 45 HIV₊ patients, who were undergoing initial antiretroviral therapy at a specialized care center in northeast Brazil. PTF lasted nine months and quality of life was analyzed at the 1st and 9th meetings using a questionnaire validated for Brazil. The study identified 643 problems related to antiretrovirals and there were 590 pharmaceutical interventions during the PTF. The comparative analysis between the results of the 1st and the 9th meeting was statistically significant for all domains of the questionnaire. For asymptomatic patients, only one domain was statistically significant. For symptomatic patients, six domains were significant. Patients with one year of HIV/AIDS diagnosis had statistically significant differences in five domains. The results suggest that the PTF contributed to improving quality of life, particularly for symptomatic patients and those diagnosed for at least one year – important target groups for Pharmaceutical Treatment.

Uniterms: Follow-up studies. Quality of life. HIV. Secondary health care.



Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Departamento de Farmácia
Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas

**ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM HIV SOB TERAPIA ANTIRRETROVIRAL:
ADEQUAÇÃO, APLICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE INDICADORES CLÍNICOS,
HUMANÍSTICOS E DE ADESÃO NA ATENÇÃO FARMACÊUTICA.**

Aluno: Henry Pablo Lopes Campos e Reis
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marta Maria de França Fonteles

- APÊNDICE 10 -

❖ *Artigos Científicos - SUBMETIDOS*

RESUMO ARTIGO 3:
**EVALUATION OF CLINICAL PARAMETERS IN HIV+ PATIENTS UNDERGOING
PHARMACOTHERAPEUTIC MONITORING: VIRAL LOAD, CD4+ T LYMPHOCYTES AND ADHERENCE
TO ANTIRETROVIRALS**

CLINICAL PARAMETERS OF HIV+ PATIENTS ON PHARMACOTHERAPEUTIC MONITORING

Henry Pablo L. C. Reis^{1,;} Darlan da S. Cândido^{1,} Catarine V. Loureiro^{1,}
Ana Maria Souza Araújo^{3;} Marta Maria de F. Fonteles^{1.}

¹Department of Pharmacy, School of Pharmacy, Federal University of Ceará

² Department of Statistics and Applied Mathematics, Federal University of Ceará

¹Centro de Estudos em Atenção Farmacêutica (Centro de Estudo em Atenção Farmacêutica – CEATENF/UFC); ² Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da UFC; ³Department of Statistics, Federal University of Ceará

Autor Correspondência*: henrypabloreis@yahoo.com.br; ceatenf@yahoo.com.br

Endereço: Rua Capitão Francisco Pedro, 1210, Rodolfo Teófilo, Fortaleza – Ceará CEP:60430-370, Fortaleza, Ceará.

Purpose: The aim of this study was to evaluate the clinical indicators (Viral Load - VL, CD4 lymphocytes and adherence) of HIV+ patients, at the beginning of treatment with antiretrovirals (ARV), during pharmacotherapeutic monitoring (PTM) in a specialized center in Fortaleza, Ceará.

Methods: The longitudinal study, according to the Dáder Method, accompanied users with HIV (n = 100), from 2008 to 2012, beginning at the time of dispensation of antiretroviral therapy. The data were analyzed using SPSS®. To evaluate the VL and CD4 levels, the Student's t-test was carried out, and the patients served as temporal control of themselves for the outcomes assessed at the beginning and end of the PTM. Adherence was determined by self-report and dispensing pharmacy records (DPR) of antiretrovirals.

Results: There was a mean reduction of 89.45% (SD = 0.28986) in total VL (p <0.001). For CD4+ lymphocytes, a mean increase of 124.14% (SD= 1.31756) was detected (p <0.001) during the PTM. Most patients treated presented high rates of adherence by self-report (95.0%, n = 100) and (76.0%) PDR methods.

Conclusions: Our findings demonstrate the potential benefits of PTM on adherence, which may have been decisive for the successful improvement of the examined clinical indicators. The inclusion of PTM for HIV+ patients in clinical services should be encouraged at the level of secondary health care.

Keywords: HIV; AIDS; Viral load; Adherence; Pharmaceutical care.



Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Departamento de Farmácia
Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas

**ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM HIV SOB TERAPIA ANTIRRETROVIRAL:
ADEQUAÇÃO, APLICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE INDICADORES CLÍNICOS,
HUMANÍSTICOS E DE ADESÃO NA ATENÇÃO FARMACÊUTICA.**

Aluno: Henry Pablo Lopes Campos e Reis
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marta Maria de França Fonteles

- APÊNDICE 11 -

❖ *Material Técnico Elaborado:*

***Guia de Consulta Rápida sobre Interações
Medicamentosas com Antirretrovirais***



Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Departamento de Farmácia
Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas

**ACOMPANHAMENTO DE PESSOAS COM HIV SOB TERAPIA ANTIRRETROVIRAL:
ADEQUAÇÃO, APLICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE INDICADORES CLÍNICOS,
HUMANÍSTICOS E DE ADESÃO NA ATENÇÃO FARMACÊUTICA.**

Aluno: Henry Pablo Lopes Campos e Reis

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marta Maria de França Fonteles

- APÊNDICE 12 -

❖ *Material Técnico Elaborado:*

Ficha de Contra-Referência Farmacêutica