

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde

**ANÁLISE DOS RESULTADOS DA IMPLANTAÇÃO DE CONSULTA
FARMACÊUTICA PARA PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NA
FARMÁCIA ESCOLA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA**

Nilciléia de Amorim Silva

Orientadora: Profa. Dr^a. Maria Inês de Toledo

Brasília

2016

ANÁLISE DOS RESULTADOS DA IMPLANTAÇÃO DE CONSULTA FARMACÊUTICA PARA PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NA FARMÁCIA ESCOLA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA

Nilciléia de Amorim Silva

Orientadora: Profa. Dr^a. Maria Inês de Toledo

Trabalho apresentado ao curso de graduação em Farmácia da Universidade de Brasília, como requisito parcial para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso.

Brasília

2016

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dr^a. Maria Inês de Toledo - presidente

Universidade de Brasília – UnB

Profa. Dr^a. Noêmia Urruth Leão Tavares - membro

Universidade de Brasília – UnB

RESUMO

O acompanhamento de pessoas vivendo com HIV/ aids (PVHA) com a realização de consultas farmacêuticas por profissional treinado pode evitar ou reduzir muitos possíveis problemas associados à TARV, garantindo melhor adoção do tratamento e controle da doença. Este trabalho teve por objetivo descrever a implantação de serviço de consulta farmacêutica para PVHA, na Farmácia Escola do Hospital Universitário de Brasília. Todas as etapas da implantação do serviço foram descritas e os resultados do atendimento durante o primeiro ano foram descritos. Foram atendidos, no período de maio de 2015 a maio de 2016, nove pacientes. Os resultados apontaram que os motivos de encaminhamento dos pacientes foram devido à falta de adesão motivada por diversos fatores, relacionados principalmente a ocorrência de efeitos adversos, desânimo com o tratamento, irregularidade na retirada de medicamentos e interrupção para consumo de bebida alcóolica, assim como necessidade de orientação sobre novo esquema de TARV e investigação de possível falha terapêutica. As condutas adotadas pelo farmacêutico tiveram como alvo a educação em saúde do paciente ou recomendações à equipe médica. De modo geral, o serviço demonstrou boa adequação, porém com ressalvas quanto ao engajamento geral da equipe e delineamento sequencial das tarefas. Assim, a proposta atendeu em parte a motivação inicial de melhorar a qualidade da assistência aos pacientes e integrar os profissionais envolvidos no atendimento de PVHA no HUB, podendo ser aperfeiçoada ainda mais.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características gerais das PVHA atendidas na FE/HUB no período de maio de 2015 a maio de 2016.

Tabela 2 – Resultados de Carga Viral (cópias/ mL) e linfócitos T CD4 (células/mm³) disponíveis no início do acompanhamento farmacoterapêutico.

Tabela 3 – Descrição dos esquemas de TARV em uso e frequência de modificações nos últimos 5 anos

Tabela 4 – Descrição dos principais motivos de encaminhamento e do tempo de permanência no serviço, até maio/2016.

Tabela 5 – Plano de intervenções farmacêuticas e sua aceitação, até maio de 2016.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABC- Abacavir

AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ARV- Medicamentos Antirretrovirais

ATV- Atazanavir

AZT- Zidovudina

BRICS- Acrônimo referente ao grupo Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul

CDC- *Centers for Disease Control and Prevention*

cDNA- DNA Complementar

CV- Carga Viral

DRV- Darunavir

EFZ- Efavirenz

FE- Farmácia Escola

IP- Inibidores de Protease

ITRN- Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos

ITRNN- Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos de Nucleosídeos

ITRNt- Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleotídeos

HAART- *Highly Active Antiretroviral Therapy*

HIV- *Human Immunodeficiency Virus*

HIVDR- *HIV drug resistant*

HUB- Hospital Universitário de Brasília

LPV/r- Lopinavir/ Ritonavir

NVP- Nevirapina

OMS- Organização Mundial da Saúde

PRM- Problemas relacionados a medicamentos

PVHA- Pessoas vivendo com HIV/ aids

RAM- Reação adversa a medicamento

RTV- Ritonavir

SICLOM- Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

TARV- Terapia Antirretroviral

TDF- Tenofovir

UNAIDS- *Joint United Nations Program on HIV/AIDS*

WHO- *World Health Organization*

3TC- Lamivudina

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	9
2.	JUSTIFICATIVA	10
3.	OBJETIVOS	11
3.1	Objetivo Geral	11
3.2	Objetivos Específicos	11
4.	REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
4.1	Contexto atual da epidemia de HIV/aids.....	12
4.2	HIV.....	14
4.3	Progressão da doença.....	15
4.4	TARV no âmbito do Ministério da Saúde	16
4.5	Resistência viral.....	18
4.6	A importância da adesão e o papel do farmacêutico	19
5.	METODOLOGIA.....	23
5.1	Tipo e local de estudo.....	23
5.2	Período de estudo.....	23
5.3	Coleta e análise dos dados.....	23
5.4	Financiamento e aspectos éticos.....	24
6.	RESULTADOS	24
6.1	Implantação do serviço	24
6.2	Resultados do atendimento no primeiro ano do serviço de consulta farmacêutica	25
6.3	Caracterização das PVHA encaminhadas à FE e esquemas terapêuticos.....	26
6.4	Acompanhamento farmacoterapêutico	28
6.5	Dificuldades no processo de implantação e sugestões para o serviço	33
7.	DISCUSSÃO.....	35
8.	CONCLUSÃO.....	38

9.	REFERÊNCIAS.....	39
10.	ANEXOS	44
10.1	Anexo 1: Avaliação da adesão à TARV durante a consulta médica.....	44
10.2	Anexo 2: Fichas para acompanhamento farmacoterapêutico.....	45
10.3	Anexo 3: Termo de consentimento livre e esclarecido.....	53
10.4	Anexo 4: Parecer de aprovação do Comitê de Ética.....	54

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids), cujo agente etiológico é o HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), foi descrita inicialmente nos Estados Unidos, em 1981, após a notificação aos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) de casos de homossexuais masculinos que apresentavam diversos quadros patológicos e infecciosos, como Sarcoma de Kaposi, pneumonia por *Pneumocystis carinii* e falhas do sistema imunológico, constituindo um conjunto de sintomas normalmente atípicos nesses pacientes (GALVÃO, 2000).

A aids ainda representa um grande desafio para a área científica, tanto pela busca de uma cura definitiva e imunização profilática, quanto pelos problemas de carácter social relacionados à disseminação da doença. Por isso muitos estudos atuais analisam sua disseminação de acordo com dados epidemiológicos, verificando os grupos e locais com tendências de expansão ou redução do número de casos (PARKER; CAMARGO JR, 2000).

Como ainda não foi possível desenvolver uma imunização profilática (ESPARZA, 2015), o controle da doença depende, na maioria absoluta dos pacientes, da utilização da terapia antirretroviral (TARV) disponibilizada no Brasil pelo Ministério da Saúde, segundo protocolo específico (BRASIL, 2013). Um dos pontos chaves no sucesso do tratamento depende do grau de adesão à terapia. Não existe um modelo único que avalie a adesão e a literatura lista diversos modelos que podem se adequar a diferentes realidades (OBRELI-NETO et al., 2012).

Para alcançar bons resultados com o uso da TARV, a interação entre pacientes e profissionais de saúde tem grande importância, cada um com suas responsabilidades durante o tratamento. O profissional farmacêutico desempenha importante papel atuando nas unidades dispensadoras de medicamentos, pois dada a periodicidade da retirada dos antirretrovirais, é possível criar um elo de confiança com o paciente, sendo possível fornecer orientações adequadas e seguras sobre sua utilização (BRASIL, 2010).

Além da orientação normalmente oferecida, uma das maneiras de integração do farmacêutico nos cuidados às pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) é através da implantação de um serviço de acompanhamento farmacoterapêutico integrado à equipe multidisciplinar de saúde. Esse tipo de serviço visa sobretudo avaliar e incentivar a adesão ao tratamento e detectar possíveis problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRMs) e, se possível, fornecer subsídios para que o médico responsável efetue mudanças na prescrição, com objetivo de obter bom controle da doença (BRASIL, 2008).

2 JUSTIFICATIVA

O diagnóstico precoce, assim como a introdução de melhores esquemas terapêuticos, com medicamentos antirretrovirais mais potentes, e o emprego de profilaxias primárias para infecções oportunistas reduziram significativamente a morbimortalidade associada ao HIV. Desde que verificada a necessidade de início do tratamento, a disponibilidade dos medicamentos e a adesão passam a ser fatores essenciais para redução da carga viral, garantindo assim melhor qualidade de vida às PVHA.

Como previsto em Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/ HIV/ Aids (BRASIL, 2010), o acompanhamento de PVHA por farmacêutico capacitado pode evitar ou reduzir muitos possíveis problemas associados à TARV, garantindo melhor adoção do tratamento. O acesso aos medicamentos é um direito garantido por lei (BRASIL, 1996), porém a qualidade da assistência oferecida também deve fazer parte da estratégia de geral de combate ao avanço da epidemia e sua avaliação pode gerar futuras melhorias nas políticas públicas de saúde.

A Farmácia Escola (FE), inaugurada em 2010, foi incorporada ao Hospital Universitário de Brasília (HUB) e atende diversos programas de medicamentos, entre eles o Programa DST/aids do componente estratégico do Ministério da Saúde. Os medicamentos antirretrovirais são repassados às secretarias de saúde estaduais pelo Ministério da Saúde, sendo então distribuídos às Unidades Dispensadoras, como a FE.

Atualmente o controle logístico e da dispensação é feito através do SICLOM (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos).

Em trabalhos anteriores verificou-se expressiva porcentagem de PVHA com adesão insuficiente ao tratamento. A adesão estimada a partir dos registros de dispensação, em 2013, evidenciou que 41% tiveram boa adesão, 29% eram parcialmente aderentes e 30% tiveram adesão insuficiente ao tratamento (CUNHA, 2014). Em outro estudo realizado no mesmo ano, utilizando-se a Escala de Adesão Terapêutica de Morisky, 19% dos entrevistados foram considerados aderentes e, pelo método da Porcentagem de Cumprimento da farmacoterapia, 76% eram aderentes (SOUZA; NAVES, 2014).

A implantação do serviço de consulta farmacêutica para PVHA que apresentam dificuldade em aderir plenamente à terapia objetiva melhorar os resultados do tratamento. A proposta deste trabalho ao descrever a implantação do serviço e observar os resultados iniciais, além contribuir para melhorar a qualidade do atendimento de PVHA no HUB, pode subsidiar outros serviços que pretendam adotar rotina semelhante.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Descrever e analisar os resultados da implantação do serviço de consulta farmacêutica para PVHA atendidas na Farmácia Escola do Hospital Universitário de Brasília, durante o primeiro ano do serviço.

3.2 Objetivos específicos

Descrever a estruturação do serviço, as etapas do atendimento e o registro das informações, de acordo com o modelo proposto.

Descrever as características das PVHA encaminhadas ao serviço de acompanhamento farmacoterapêutico, para análise dos principais problemas relacionados à falta de adesão.

Avaliar os resultados iniciais das consultas farmacêuticas quanto ao número de intervenções e adesão ao tratamento.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Contexto atual da epidemia de HIV/aids

No Brasil, o primeiro caso confirmado de aids ocorreu em 1982, em São Paulo (PINTO et al., 2007). O mesmo trabalho observou três tendências na epidemiologia da doença no Brasil até o ano de 2007: a expansão em população com menor renda e baixo índice de escolaridade, a disseminação da doença para municípios menos populosos, geralmente no interior do país, e o aumento do número de mulheres infectadas, em relação ao de homens.

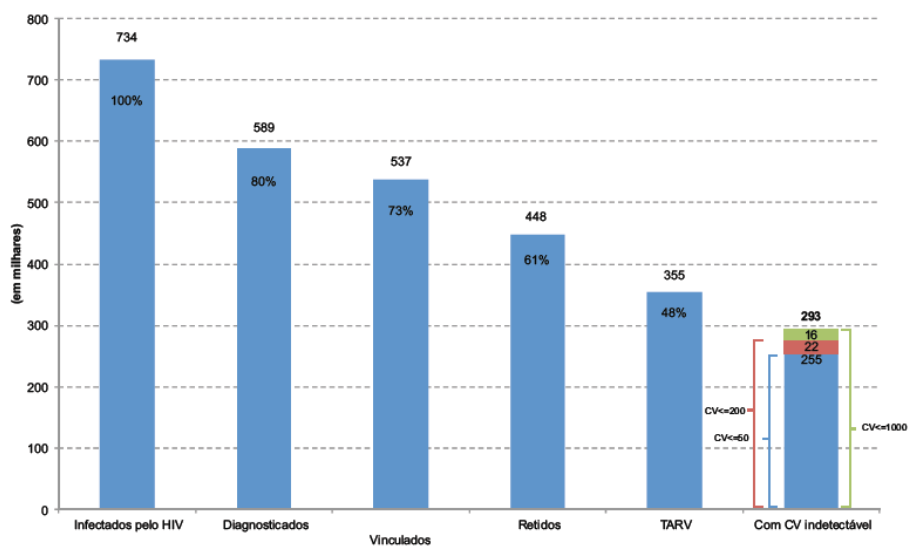
Em 2014, a notificação compulsória do HIV, a partir do diagnóstico positivo, foi incorporada à Portaria GM/MS nº 1.271, de 6 de junho de 2014, tanto para serviços públicos, quanto privados. Antes, a obrigatoriedade era restrita aos casos de infecção em gestante, parturiente, puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do vírus e aos casos em que já haviam sintomas da aids (BRASIL, 2014).

O *Global Summary of the Aids Epidemic*, publicado em 2013 pela OMS, afirma que no mundo há cerca de 35 milhões de pessoas vivendo com aids. O número de novos casos, só em 2013 chegou a 2,1 milhões de pessoas e o de óbitos no mesmo ano, a 1,5 milhões (WHO, 2014). O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde estima, no Boletim Epidemiológico de 2014, que existem aproximadamente 734 mil pessoas vivendo com HIV/aids no Brasil, correspondendo a uma prevalência de 0,4% na população, número considerado estável desde 2004. No Distrito Federal, foram notificados, no período de 1980 a 2014, 10107 casos de infecção pelo HIV, destes, 704 novos casos apenas em 2014 (BRASIL, 2014).

Em dezembro de 2014, o governo brasileiro aderiu, juntamente com os demais países do grupo BRICS, à meta do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) de Aceleração da Resposta ao HIV, objetivando controlar a epidemia até 2030. Os BRICS concordaram em empenhar esforços para alcançar a meta 90-90-90 de tratamento até 2020, que prevê: 90% de todas as pessoas vivendo com HIV diagnosticadas; 90% das pessoas diagnosticadas recebendo terapia antirretroviral; e 90% das pessoas recebendo tratamento estejam com carga viral indetectável (WHO, 2014). A importância dessa estratégia para os BRICS se deve a que, em 2013, eles foram responsáveis por mais de 30% das novas infecções em todo mundo (WHO, 2014).

Segundo as estimativas divulgadas no Boletim Epidemiológico HIV/Aids de 2014, como pode ser observado no Gráfico 1, aproximadamente dois terços (537 mil) das PVHA estavam vinculadas a algum serviço de saúde e 448 mil (61%) continuaram retidas no serviço. Das 355 mil PVHA que utilizavam TARV, em 2013, 293 mil apresentaram supressão da carga viral (CV), com valor inferior a 1.000 cópias/mL, e 255 mil possuíam carga viral indetectável (inferior a 50 cópias/mL) (BRASIL, 2014).

Gráfico1: Cascata de cuidado contínuo. Brasil, 2013.



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico DST/ Aids, 2014.

No Brasil, ainda existe um grande grupo que não sabe sua sorologia para o HIV por diversas razões, incluindo o medo de receber o diagnóstico. Além da maior possibilidade de contraírem doenças oportunistas, este grupo tem maior risco de propagar o vírus, nutrindo a epidemia de aids. A análise dos dados epidemiológicos também enfatiza a importância do controle da disseminação e combate à doença, visto que não existe imunização profilática ou cura.

4.2 HIV

O HIV é um retrovírus envelopado que pertence ao grupo dos lentivírus (MURPHY, 2014), tendo sido identificado em 1983 (GALLO; MONTAGNEIR, 1988). O vírus infecta principalmente células que contenham a molécula CD4 em sua superfície, principalmente linfócitos T CD4 (T4 ou T-*helper*) e macrófagos (FAUCI, 1988). Por isso parte da avaliação clínica consiste na contagem de linfócitos T CD4. Além deste, em 1996, outros correceptores foram identificados, sendo os principais deles os receptores de quimiocinas: CCR5, que é expresso predominantemente em células T CD4 de memória, células dendríticas e macrófagos, e CXCR4, expresso em células T ativadas (FOCACIA; VERONESI, 2007).

A glicoproteína viral gp120 se liga com alta afinidade à molécula CD4 e aos outros correceptores. Após essa ligação, a glicoproteína gp41 media a fusão do envelope viral, introduzindo o RNA viral na célula, que é então transcrito numa cópia de DNA complementar de fita dupla pela enzima transcriptase reversa. O cDNA é inserido no DNA celular pela integrase viral, e, após a ativação celular que leva à expressão de fatores de transcrição, inicia-se a transcrição do genoma do HIV (MURPHY, 2014).

Existem dois tipos de vírus associados à aids: HIV-1 e HIV-2. O genoma do HIV-2 possui semelhança em cerca de 50% com o HIV-1 e funções equivalentes, entretanto, apresentam diferenças na composição de aminoácidos e no peso molecular. O HIV-2 é menos virulento e mais restrito ao oeste da África (WIGG, 2008).

4.3 Progressão da doença

Clinicamente, a infecção pelo HIV caracteriza-se por uma imunodeficiência progressiva e várias infecções podem causar morbidades significativas em pacientes infectados. Por esta razão, faz sentido considerar a infecção pelo HIV como a evolução desde uma fase inicial de imunodeficiência, até uma fase avançada, com manifestações clínicas mais complexas e atípicas.

A fase de infecção aguda compreende o período inicial após a infecção pelo HIV, sendo que a maioria dos sintomas que pode ocorrer são bastante semelhantes aos de outras infecções virais (CHU; SELWYN, 2010). Pode ocorrer febre, inchaço de gânglios linfáticos, *rash* cutâneo, náuseas, diarreia, sintomas neurológicos de neuropatia periférica e outros sintomas não específicos (VOGEL et al., 2010). Ocorre enorme replicação, com a carga viral atingindo valores geralmente maiores de 10^7 partículas virais/mm³, com consequente queda nos níveis de células T CD4 circulantes. A viremia normalmente está associada à ativação dos linfócitos T CD8 e, subsequente, soroconversão (BRASIL, 2013).

Os primeiros anticorpos anti-HIV são produzidos de 30 a 60 dias após a infecção e este período de janela imunológica deve ser levado em conta na realização dos exames sorológicos. Em alguns casos, a sorologia positiva só é constatada após 120 dias do contato de risco, portanto o teste realizado nesse período serve para detectar casos raros de soroconversão tardia (BRASIL, 2013).

Após essa primeira fase, segue-se normalmente um período de latência clínica, numa fase em que o vírus sofrerá rápidas mutações e haverá forte interação com o sistema imune, entretanto o organismo pode permanecer assintomático por períodos variáveis, que podem se estender por muitos anos (MANDELL; BENNETT; DOLIN, 2010). Destaca-se que mesmo indivíduos assintomáticos podem produzir enormes quantidades de vírus, os quais tem meia-vida de poucas horas, em um processo extremamente dinâmico, já que os linfócitos T CD4 envolvidos no processo tem meia vida de até dois dias (PERELSON et al., 1996).

A fase sintomática inicial é caracterizada pela redução dos linfócitos T CD4+ a valores abaixo de 200 células por mm³ e elevação dos valores de carga viral. Os sintomas que costumam alertar sobre a presença de aids são: pneumocistose, caquexia, candidíase esofágica e infecções respiratórias recorrentes (MANDELL; BENNETT; DOLIN, 2010). Alguns dos outros sintomas desta fase incluem: febre, diarreia, sudorese noturna, emagrecimento e ocorrência de doenças específicas, como sarcoma de Kaposi, câncer cervical, sintomas neurológicos e infecções oportunistas que na ausência da infecção pelo HIV seriam normalmente controladas pelo sistema imune (HOLMES et al., 2003). A maioria dos indivíduos infectados com o HIV progride para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, a menos que a replicação viral seja suprimida.

4.4 Terapia antirretroviral no Brasil

Os medicamentos antirretrovirais (ARV) são utilizados com a finalidade de impedir a replicação viral e conseqüentemente, manter a contagem de linfócitos T CD4 estável e CV baixa. Os principais alvos da TARV são eventos relacionados aos componentes virais, desde o início da infecção.

O primeiro medicamento a mostrar alguma eficácia no controle da infecção no início da epidemia, na década de 80, foi a Azidotimidina, mais tarde denominada Zidovudina (AZT), pertencente ao grupo de inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (ITRN), tendo sido aprovada para uso em 1987 (FURMAN et al., 1986; ST CLAIR et al., 1987).

A partir de 1996, o modelo de terapia combinada, denominada HAART (*Highly Active Antiretroviral Therapy* – Terapia Antiretroviral Altamente Eficaz), se mostrou mais eficaz, ao usar uma combinação dos inibidores de protease (IPs) e inibidores da transcriptase reversa não- análogos de nucleosídeos (ITRNNs) e conseguindo reduzir significativamente a carga viral plasmática de HIV-1, podendo atingir níveis indetectáveis (COLOMBRINI et al., 2006).

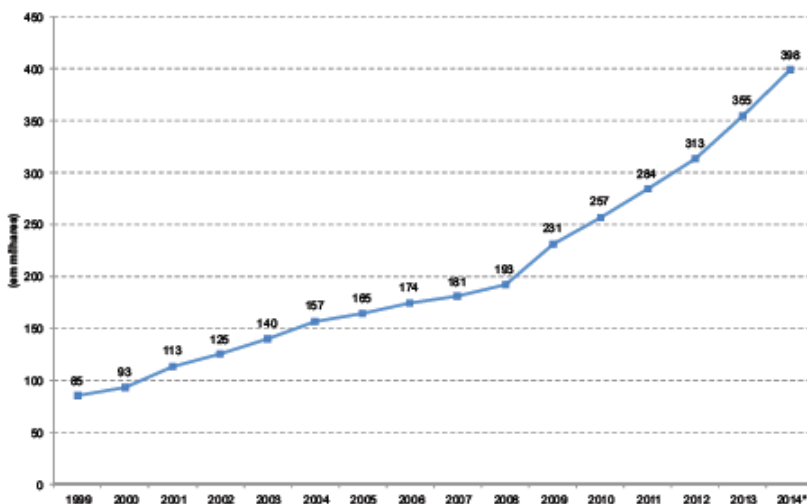
Em 1988, o Ministério da Saúde iniciou a distribuição de medicamentos na rede pública para tratar as infecções oportunistas mais comuns em PVHA. Em 1991, iniciou-se a distribuição de terapia antirretroviral, começando com o AZT, sendo que o número de PVHA atendidos aumentou gradativamente (BRASIL, 1999).

O Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos (2013) determina como primeira linha de tratamento o esquema contendo dois ITRN/ ITRNt associados a um ITRNN (tenofovir, lamivudina e efavirez), desde que não haja contraindicação ou intolerância que exija substituição de algum deles. Atualmente, o Ministério da Saúde disponibiliza 22 medicamentos para compor a TARV, porém a utilização das substituições ou de outros esquemas também segue as recomendações do mesmo Protocolo para orientar a terapia e manter disponíveis opções em caso de falha terapêutica (BRASIL, 2013).

O acesso universal e gratuito à terapia antirretroviral é garantido no Brasil, desde 1996, mediante a Lei 9113/96 (BRASIL, 1996) e a implementação desse cuidado permitiu a redução significativa da morbimortalidade causada pelo HIV e prolongamento do tempo de vida (FAZITO-REZENDE; VASCONCELOS; PEREIRA, 2010). Em dezembro de 2013, o Brasil tornou-se o terceiro país do mundo a recomendar a terapia antirretroviral a todos as PVHA, independentemente da contagem de linfócitos CD4 (BRASIL, 2013).

A distribuição das PVHA em tratamento por valor da carga viral é usada como um indicador da efetividade da TARV. Conforme definido internacionalmente (WHO, 2014), a supressão viral representa contagem inferior a 1.000 cópias/mL. No Boletim Epidemiológico de HIV/Aids de 2014, a supressão viral atinge 88% das PVHA de 15 anos ou mais, em TARV há pelo menos seis meses, sendo que em 2009 seu valor era de 85%. No Distrito Federal a supressão viral atingiu 91% das PVHA (BRASIL, 2014).

GRÁFICO 2: Número de PVHA em TARV por ano de dispensação. Brasil. 1999-outubro*/2014.



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Aids, DST e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico DST/ Aids 2014. Brasília, 2014.

4.5 Resistência viral

O HIV-1 possui grande variabilidade genética, devido à alta taxa de replicação (cerca de 10 bilhões de novas partículas virais por dia), de substituições nucleosídicas incorretas durante a transcrição reversa (cerca de 10^{-4} por nucleotídeo) e de mutações (3×10^{-5} mutações por nucleotídeo por dia). Essa grande variabilidade leva a uma resistência natural do vírus contra os antirretrovirais e sistema imune (THOMSON; PÉREZ-ALVAREZ; NÁJERA, 2002).

Inúmeras falhas observadas durante o tratamento devem-se à capacidade do HIV em sofrer mutação e se reproduzir, mesmo durante a terapia antirretroviral (*HIV drug resistant*- HIVDR). Isso torna necessário mudanças para terapias de segunda e terceira linhas, acrescentando maiores custos ao tratamento de saúde e a necessidade de desenvolvimento de novos medicamentos. Em razão disso, a OMS tem monitorado o surgimento de casos de HIVDR no mundo desde 2004 (WHO, 2012).

4.6 A importância da adesão e o papel do farmacêutico

As principais dificuldades no sucesso do tratamento a médio e longo prazo estão relacionadas à toxicidade dos medicamentos, adesão e resistência viral, (FALCI; BAY; SPRINZ, 2006). Chesney (2000) afirma que a adesão pode ser influenciada por alguns elementos críticos, tais como: fatores relacionados ao estilo de vida, como idade, sexo e uso de drogas; regime de medicamentos prescritos; relação entre prestador de assistência em saúde e paciente e sistema de cuidados implantado.

A atenção farmacêutica envolve ações assistenciais voltadas ao paciente (BRASIL, 2010) e pode ser uma das maneiras de se lidar com essas dificuldades. Como se trata de uma terapia que acompanhará a pessoa por toda a vida, garantir a adesão é importante, pois é essencial para controle da doença e para reduzir a possibilidade de resistência viral ao tratamento. Porém é preciso tentar garantir boa qualidade de vida aos usuários de ARV e isso depende de esquemas menos tóxicos, com formulações que facilitem a adesão, como a utilização de doses fixas combinadas.

Mehta, Moore e Graham (1997) afirmam que adesão ao tratamento significa que o paciente entende e segue as posologias dos medicamentos prescritos, as quantidades por horário, o tempo de tratamento e as recomendações dadas durante o tratamento. Para que a adesão seja alcançada, o paciente deve entender, concordar e adotar a prescrição médica (LIGNANI JR.; GRECO; CARNEIRO, 2001). Isso representa um desafio, porque a adesão compreende muitas mudanças na vida do paciente.

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (BRASIL, 2013) afirma que a adesão envolve diversos fatores além da tomada das doses nas quantidades e horários previstos. Também significa comparecimento às consultas com a equipe multidisciplinar, realização de exames clínicos e retirada dos medicamentos no momento oportuno. Estes parâmetros podem ser analisados para comparar a adesão e os resultados da terapia.

Não existe uniformidade quanto à quantidade mínima de doses a ser tomada que garanta uma resposta terapêutica adequada. Os valores mais aceitos estão ao redor de

80-90% (PATERSON; SWINDELLS; MOHR, 2000). Entretanto, nota-se que, apesar das porcentagens variáveis entre os estudos, a adesão permanece como um componente essencial a fim de evitar-se a falha terapêutica (CARACIOLO; SHIMMA, 2007).

Um relatório apresentado na edição online da revista *AIDS*, acompanhou cerca de 2000 soropositivos em uso da TARV, em média por 4,5 anos, sendo o acompanhamento mais longo de nove anos, e concluiu que a maioria dos pacientes manteve a adesão à TARV a longo prazo e que a possibilidade de um paciente manter a adesão aumentou cerca de 2% ao ano (CAMBIANO, 2010). Porém, outros estudos sugerem que os níveis de adesão ao tratamento do HIV diminuem quanto maior o tempo em que o paciente estiver em tratamento (CARACIOLO; SHIMMA, 2007).

Alguns dos fatores que podem aumentar o risco de transmissão do HIV incluem doenças sexualmente transmissíveis, fase de infecção aguda, fase final da aids e carga viral alta e os fatores que podem diminuir o risco de transmissão incluem o uso do preservativo, circuncisão masculina (TEMPLETON; MILLETT; GRULICH, 2010), o tratamento antirretroviral e profilaxia pré-exposição (CDC, 2014). Cohen (2011) estimou em seu estudo que o uso de antirretroviral pode reduzir o risco de uma pessoa infectada pelo HIV transmitir a infecção a outro em até 96%, e Weller e Davis-Beaty (2011) afirmam em sua revisão que o uso consistente do preservativo reduz o risco de contrair ou transmitir o HIV em cerca de 80%. Outro estudo (PATEL; BORKOWF; BROOKS, 2014) afirma que o uso simultâneo de preservativos e terapia antirretroviral reduz o risco de aquisição do HIV por exposição sexual em 99,2%.

A manutenção da carga viral em baixos níveis pode reduzir a transmissão por via sexual, como foi descrito e, além disso, já está plenamente estabelecido nos consensos médicos, que o tratamento adequado também pode diminuir a transmissão vertical. No boletim epidemiológico de 2014, observou-se uma tendência de queda estatisticamente significativa de 35,7%, nos últimos dez anos, de novos casos de infecção em menores de cinco anos no Brasil como um todo (BRASIL, 2014). Uma das causas para essa redução é o estabelecimento de protocolos de tratamento para parturientes e recém-nascidos.

O Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/ HIV/ Aids (2010) recomenda que a PVHA em início, troca ou retorno de terapia e aqueles que manifestem algum problema relacionado com adesão sejam atendidos individualmente por farmacêutico devidamente qualificado. O farmacêutico deve fornecer todas as informações relacionadas à terapia, de modo a auxiliar o usuário de ARV com sua condição e com a aceitação do tratamento prescrito. O atendimento de PVHA por meio de acompanhamento farmacoterapêutico deve ser registrado para permitir futuras consultas e informações para colaboração com a equipe multidisciplinar. Esse tipo de acompanhamento contínuo geralmente atinge melhores resultados, uma vez que estimula a fidelização ao serviço e suas metas.

Não há consenso sobre o termo que melhor define o acompanhamento farmacoterapêutico. No Brasil difunde-se como atenção farmacêutica. Em inglês, o termo *pharmaceutical care* engloba todas as atividades assistenciais do farmacêutico orientadas para o paciente que utiliza medicamentos, dentre as quais se evidencia o acompanhamento farmacoterapêutico (ou seguimento farmacoterapêutico), que consiste no processo de detecção, prevenção e resolução de 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 (IVAMA et al., 2002). Desde a proposição do conceito de atenção farmacêutica, Hepler e Strand (1990) destacaram a necessidade de mudança de paradigmas no papel e funções do farmacêutico nas atividades profissionais e estabeleceram a prática, que após propagação por todo o mundo, criou modelos de processos de assistência à saúde adaptadas às peculiaridades específicas de cada país (ANGONESI; RENNÓ, 2011; ANDRADE et al., 2013).

A prática da atenção farmacêutica fundamentada em uma filosofia, caracterizada pelo processo de cuidado associado a um sistema de gestão, pode interferir de maneira significativa no uso correto de medicamentos e, conseqüentemente, na prevenção e resolução de problemas relacionados à utilização de medicamentos (ANGONESI; SEVALHO, 2010).

Visando estabelecer a melhor forma de realizar o acompanhamento de pacientes, a aplicação de métodos clínicos pode contribuir para obtenção da farmacoterapia adequada, efetiva e segura, através do desenvolvimento de ações centradas nos pacientes (CORRER; OTUKI, 2013).

A viabilização desta atividade constitui a incorporação de uma concepção clínica do âmbito farmacêutico, integrada à equipe de saúde no cuidado dos pacientes, e tem como base a capacidade do profissional de assumir novas responsabilidades relacionadas aos medicamentos e aos pacientes, por meio da realização de um acompanhamento sistemático e documentado, com o consentimento dos mesmos (ALBERTON, 2001).

De acordo com Pereira e Freitas (2008) na maioria dos países desenvolvidos a atenção farmacêutica tem demonstrado resultados eficazes tanto na redução de agravos (principalmente com relação aos portadores de doenças crônicas) quanto na diminuição de custos para o sistema de saúde.

Além de experiência de práticas da atenção farmacêutica descritas isoladamente por vários autores, destaca-se a iniciativa do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS (Qualifar-SUS), do município de Curitiba, projeto piloto para implantação dos serviços clínicos farmacêuticos na atenção básica, com a perspectiva de fomentar a discussão sobre o papel do cuidado farmacêutico e da prática clínica farmacêutica nas redes de atenção à saúde, relatada em quatro cadernos publicados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

Várias experiências brasileiras de Atenção Farmacêutica usaram adaptações do Método Dáder, desenvolvido na Universidade de Granada- Espanha (DÁDER, 2014). Esse método de acompanhamento consiste de entrevistas, com preenchimento de relatórios, documentando-se os PRMs e reações adversas a medicamentos (RAMs) encontrados, assim como as ações propostas para corrigi-los.

Como descrito neste trabalho o método utilizado no serviço foi adaptado das várias experiências de atenção farmacêutica no Brasil. Os termos “acompanhamento farmacoterapêutico” e “consulta farmacêutica” foram utilizados como sinônimos neste

trabalho, sendo que, na rotina do serviço, o segundo termo prevaleceu por facilitar o entendimento pela equipe e pelos usuários do serviço e também por refletir melhor o contexto da atuação do farmacêutico.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo e local de estudo

Estudo observacional descritivo realizado na rotina do serviço de consulta farmacêutica a PVHA, na Farmácia Escola do Hospital Universitário de Brasília.

5.2 Período de estudo

As informações sobre as etapas de implantação e sobre as consultas farmacêuticas foram coletadas em maio de 2016, referentes aos atendimentos realizados no período de maio de 2015 a maio de 2016.

5.3 Coleta e análise dos dados

Foram tabuladas as informações do Formulário de Avaliação da Adesão (Anexo 1), das fichas de acompanhamento farmacoterapêutico (Anexo 2) e dos relatos de atendimento e propostas de intervenções farmacêuticas, acrescidos com informações obtidas da equipe multidisciplinar.

A análise dos dados coletados permitiu descrever a implantação do serviço, incluindo as rotinas de atendimento e elaboração dos formulários. Também foram descritos variáveis da população em estudo, número de intervenções realizadas, principais fatores interferentes na adesão, PRMs identificados e aceitação pela equipe. Além desses instrumentos, o SICLOM também serviu como fonte de informação atualizada sobre os esquemas de antirretrovirais em uso.

5.4 Financiamento e aspectos éticos

Este estudo faz parte do subprojeto “Avaliação da atenção à saúde e acompanhamento farmacoterapêutico de pessoas vivendo com HIV/aids atendidas no Hospital Universitário de Brasília”, que recebeu financiamento do Ministério da Saúde (Edital para seleção de subprojetos de pesquisa em DST, HIV/Aids e Hepatites Virais – Processo Licitatório 01/2013).

A pesquisa foi desenvolvida em conformidade com os critérios éticos estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466 de 12 de dezembro de 2012, que aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB sob o registro nº 278.787 (ANEXO 4).

Os dados de identificação dos pacientes e dos prescritores foram mantidos em sigilo.

6 RESULTADOS

6.1. Implantação do serviço

A partir das discussões da equipe multidisciplinar envolvida no atendimento de PVHA no HUB, foi proposto o serviço de consulta farmacêutica para PVHA que retiram medicamentos antirretrovirais na Farmácia Escola do HUB e que estão com dificuldades de adesão.

Estabeleceu-se que a avaliação da adesão à terapia seria feita durante as consultas médicas, utilizando-se o Formulário de Avaliação da Adesão (ANEXO 1). Foram elaboradas e discutidas duas versões do formulário, sendo que a versão final contém adaptação do Teste de Morisky (1986), modificado por Goldberg (1998), além de outras informações que visam avaliar a necessidade de encaminhamento.

Além da razão inicial do serviço de melhorar a adesão das PVHA, outros motivos também impulsionaram encaminhamentos, o que está de acordo o papel do farmacêutico

de atuar promovendo melhores resultados para farmacoterapia e para a qualidade de vida dos pacientes.

Conforme acordado com a equipe, o paciente deve entregar na Farmácia o Formulário de Avaliação da Adesão, sendo que, durante a retirada de medicamentos, é feito agendamento da consulta farmacêutica (geralmente na mesma data da próxima retirada de medicamentos).

As informações obtidas durante o atendimento, incluindo PRMs identificados, exames laboratoriais, outras comorbidades e todos os medicamentos em uso pelo paciente, são registradas em Fichas de Acompanhamento Farmacoterapêutico (ANEXO 2), analisadas pelo farmacêutico para possível formulação de proposta de intervenção. Todas as condutas são registradas e disponibilizadas no prontuário do paciente para consulta da equipe multidisciplinar.

O início do atendimento ocorreu a partir de maio de 2015 com dois farmacêuticos da Farmácia Escola.

6.2. Resultados do atendimento no primeiro ano do serviço de consulta farmacêutica

De acordo com a rotina proposta foram efetivamente recebidos 40 Formulários de Avaliação da Adesão na Farmácia Escola, sendo que destes, 19 pacientes foram encaminhados ao Serviço de Farmácia, de acordo com necessidades averiguadas durante a consulta médica. O serviço atendeu especificamente nove pacientes, até a data final de coleta de dados (Figura 1).

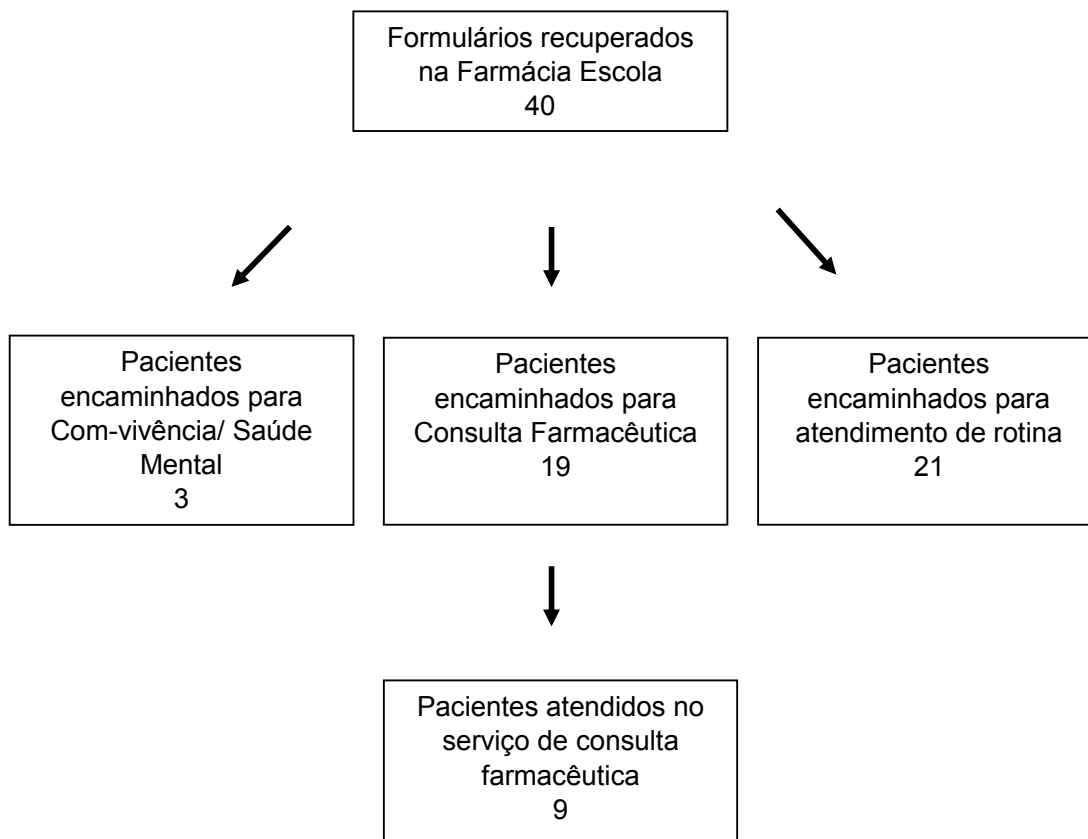


Figura 1: Fluxograma do serviço de consulta farmacêutica na FE, no período de maio de 2015 a maio de 2016.

6.3 Caracterização das PVHA encaminhadas à FE e esquemas terapêuticos

Do total de nove pacientes atendidos durante o período de estudo no acompanhamento farmacoterapêutico, sete são do sexo masculino (tabela 1). Quanto ao tempo de uso da TARV, seis pacientes estão em uso há mais de cinco anos, de acordo com registros obtidos no SICLOM e apenas um paciente iniciou o tratamento durante o ano da pesquisa.

Tabela 1: Características gerais das PVHA atendidas na FE/HUB no período de maio de 2015 a maio de 2016.

Característica	n
Sexo	
Homens	7
Mulheres	2
Tempo de uso de ARV*	
< 1 ano	1
1 a 4,9 anos	2
≥ 5 anos	6

*Estimado pelo tempo de cadastro no SICLOM

Os dados referentes aos exames de Carga Viral (CV) e contagem de linfócitos T CD4 são apresentados na Tabela 2. Estes exames são considerados bons indicadores da evolução da doença. Os dados referem-se apenas ao último exame antes do início do acompanhamento farmacoterapêutico. Pode ser observado que esses parâmetros não foram os únicos a direcionar os médicos na decisão de encaminhar os pacientes, visto que quatro pacientes apresentavam bons resultados clínicos no momento do encaminhamento, com contagem de carga viral inferior a 50 cópias por mililitro de sangue.

Tabela 2: Resultados de Carga Viral (cópias/ mL) e linfócitos T CD4 (células/mm³) disponíveis no início do acompanhamento farmacoterapêutico.

Paciente	CV	Data	CD4	Data
1	> 1000	06/04/2015	≤ 200	06/04/2015
2	≤ 50	11/02/2015	> 500	11/02/2015
3	> 1000	27/05/2015	201 a 500	01/06/2015
4	≤ 50	22/10/2015	> 500	22/10/2015
5	≤ 50	06/08/2015	Indisponível	Indisponível
6	≤ 50	06/05/2015	201 a 500	06/05/2015
7	51 a 1000	24/10/2013	> 500	07/10/2013
8	51 a 1000	17/12/2015	> 500	18/03/2015
9	51 a 1000	03/09/2015	Indisponível	Indisponível

Nos últimos cinco anos, cinco pacientes tiveram seus esquemas de TARV modificados, somando, ao todo, sete modificações feitas no grupo. Dois pacientes (4 e 5)

foram encaminhados especificamente para receberem orientações sobre a mudança de TARV. Em maio de 2016, os pacientes atendidos utilizavam seis esquemas de TARV diferentes, sem destaque a nenhum esquema específico (tabela 3).

Tabela 3: Descrição dos esquemas de TARV em uso e frequência de modificações nos últimos 5 anos.

Paciente	Esquema atual	Tempo de uso do esquema	Tempo de uso de ARV*	Modificações no período
1	TDF, 3TC, DRV e RTV tenofovir, lamivudina, darunavir, ritonavir	≥ 5 anos	≥ 5 anos	0
2	AZT+3TC, ATV e RTV zidovudina + lamivudina, atazanavir, ritonavir	1 a 4,9 anos	≥ 5 anos	1
3	AZT+3TC e NVP zidovudina + lamivudina, nevirapina	≥ 5 anos	≥ 5 anos	0
4	AZT+3TC, ATV e RTV zidovudina + lamivudina, atazanavir, ritonavir	1 a 4,9 anos	≥ 5 anos	2
5	3TC + TDF + EFZ lamivudina + tenofovir + efavirenz	< 1 ano	≥ 5 anos	1
6	TDF+3TC, ATZ e RTV tenofovir + lamivudina, atazanavir, ritonavir	1 a 4,9 anos	≥ 5 anos	2
7	ABC, 3TC e LPV/r abacavir, lamivudina, lopinavir + ritonavir	1 a 4,9 anos	1 a 4,9 anos	0
8	3TC + TDF + EFZ lamivudina + tenofovir + efavirenz	1 a 4,9 anos	1 a 4,9 anos	0
9	TDF+3TC, ATZ e RTV tenofovir + lamivudina, atazanavir, ritonavir	< 1 ano	< 1 ano	1

*Estimado pelo tempo de cadastro no SICLOM

6.4. Acompanhamento farmacoterapêutico

Os motivos que justificaram o encaminhamento para consulta farmacêutica são descritos na Tabela 4. Três pacientes foram encaminhados devido a problemas com a adesão à terapia. O paciente 2 foi encaminhado após relatar ficar um período de três meses

sem utilizar a TARV. Já o paciente 3 apresentava retiradas muito irregulares de medicamentos na Farmácia Escola e não possuía regularidade nas consultas médicas. O paciente 7 relatou a frequente não tomada de medicamentos pelo uso excessivo de bebida alcoólica. Dois pacientes tiveram seus esquemas terapêuticos modificados e foram encaminhados especificamente para receberem orientações do novo esquema. Toda modificação da TARV, assim como início do tratamento também devem preferencialmente ser acompanhadas por um farmacêutico, de modo a facilitar a transição, visto que as informações sobre os novos medicamentos podem melhorar a adesão, conforme preconiza o Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/ HIV/ Aids (2010).

Três pacientes foram encaminhados para manejo dos problemas relacionados ao uso da TARV e de outros medicamentos, relacionados a investigação de possível interação medicamentosa e problemas com efeitos adversos. Cabe destacar que o acompanhamento farmacoterapêutico verifica todos os medicamentos em uso pelos pacientes acompanhados, independentemente de encaminhamento específico para esse motivo.

Um único encaminhamento foi devido especificamente a resposta imunológica e virológica insuficiente, assim necessitando investigação quanto ao motivo, se foi devido à falta de adesão ou a falha terapêutica.

Tabela 4: Descrição dos principais motivos de encaminhamento e do tempo de permanência no serviço, até maio/2016.

Paciente	Motivo	1^a Consulta	Retornos	Última consulta	Acomp. (dias)
1	Resposta insuficiente	24/07/2015	5	23/03/2016	243
2	Falta de adesão	03/06/2015	0	03/06/2015	0
3	Falta de adesão	06/07/2015	2	10/05/2016	309
4	Mudança de TARV	10/05/2016	0	10/05/2016	0
5	Mudança de TARV	23/09/2015	1	02/10/2015	9
6	Manejo	21/05/2015	0	21/05/2015	0
7	Falta de adesão	12/08/2015	0	12/08/2015	0
8	Manejo	24/11/2015	0	24/11/2015	0
9	Manejo	10/11/2015	1	24/03/2016	135

As condutas sugeridas pelo farmacêutico foram direcionadas ao médico e/ou ao paciente (tabela 5). Para o paciente, foi reforçado a necessidade da adesão em todos os seus aspectos, incluindo o uso regular da TARV e o comparecimento às consultas médicas. Foram utilizados artifícios que ajudam o paciente a não se esquecer das doses. Também foram fornecidas informações sobre possíveis interações da TARV com alimentos e outros medicamentos e reforçada a orientação da importância de se manter um estilo de vida saudável.

As comunicações para a equipe médica tiveram como tema principalmente as recomendações de avaliação de parâmetros clínicos, devido a interações medicamentosas importantes ou outros problemas clínicos relatados pelo paciente, constatados durante o atendimento. Essas recomendações são anexadas ao prontuário, para acesso de toda equipe médica.

Devido aos longos intervalos entre os comparecimentos ao serviço ou ao abandono do mesmo pelo paciente, em sua maioria, não foi possível observar o desfecho da conduta proposta pelo farmacêutico. Também não foi possível correlacionar a continuidade do acompanhamento com desfecho favorável do tratamento. Nota-se que a intervenções precisam da aceitação da proposta pelo paciente, como no caso do paciente 3, que mesmo

retornando à FE, não atendeu a recomendação de procurar acompanhamento médico especializado.

Tabela 5: Plano de intervenções farmacêuticas e sua aceitação, até maio de 2016.

Principais intervenções farmacêuticas	Alvo	Aceitação
Paciente 1		
Esclarecimento sobre interação de medicamentos e alimentos	Paciente	Aceito
Recomendação de avaliação clínica (pneumocistose)	Médico	Aceito
Orientação de reforço sobre horários da TARV	Paciente	Aceito
Paciente 2		
Adequação de horário de administração	Paciente	Indeterminado
Esclarecimento sobre interação de medicamentos e alimentos	Paciente	Indeterminado
Recomendação de monitoramento de parâmetro clínico	Médico	Indeterminado
Paciente 3		
Orientação de reforço sobre horários da TARV	Paciente	Indeterminado
Orientação sobre necessidade de consulta médica regular	Paciente	Não aceito
Orientação sobre interação de medicamentos e álcool	Paciente	Indeterminado
Paciente 4		
Manejo de interação medicamentosa de grau importante	Médico	Aceito
Recomendação de monitoramento de parâmetro clínico	Médico	Aceito
Orientação sobre novo esquema adotado	Paciente	Aceito
Paciente 5		
Orientação sobre novo esquema adotado	Paciente	Aceito
Paciente 6		
Manejo de interações medicamentosas	Médico	Indeterminado
Manejo de interações medicamentosas	Paciente	Indeterminado
Encaminhamento para outro serviço (tabagismo)	Paciente	Indeterminado
Recomendação de avaliação clínica (monilíase)	Médico	Indeterminado
Paciente 7		
Recomendação de mudança no horário de tomada de medicamento	Médico	Indeterminado
Recomendação de monitoramento de parâmetro clínico	Médico	Indeterminado
Esclarecimento sobre interação medicamentos e alimentos	Paciente	Indeterminado
Orientação sobre necessidade de consulta médica regular	Paciente	Indeterminado
Paciente 8		
Esclarecimento sobre interação medicamentos e alimentos	Paciente	Indeterminado
Orientação de reforço sobre horários da TARV	Paciente	Indeterminado
Paciente 9		
Manejo de interação medicamentosa de grau importante	Médico	Indeterminado
Recomendação de monitoramento de parâmetro clínico	Médico	Indeterminado

Adicionalmente, além das consultas realizadas, os farmacêuticos participaram das reuniões mensais para discussão dos casos de PVHA com dificuldade de adesão realizadas mensalmente com a equipe multidisciplinar. Nessas reuniões, além das informações da consulta farmacêutica são apresentados os registros de dispensação de TARV. Os mesmos registros são utilizados para pacientes internados, visto que muitas vezes há dúvidas sobre o tratamento e adesão.

6.3. Dificuldades no processo de implantação e sugestões para o serviço

O número de pacientes encaminhados foi muito inferior ao número de consultas realizadas no período. Segundo dados do SICLOM, existem mais de 370 cadastros de pessoas ativos no sistema, que podem retirar medicamentos na FE. Alencar (2014) estimou que mais de 80 % das PVHA que retiraram medicamentos na FE, em seu período de estudo, realizavam as consultas médicas no HUB. Esses dados demonstram que o serviço de consulta farmacêutica possui demanda suficiente para justificar sua manutenção.

A proposta do Formulário de Avaliação da Adesão é subsidiar o médico na decisão de encaminhar o paciente ao serviço de acompanhamento, porém foram observadas dificuldades no preenchimento e, em alguns casos, inexistência da justificativa do encaminhamento. Ficou estabelecido que o mesmo deveria ser preenchido mesmo que o paciente necessitasse apenas de atendimento de rotina. No entanto, não foi o que ocorreu. Foi necessário estimular o encaminhamento nas reuniões da equipe multidisciplinar. Sugere-se que além do acesso facilitado ao formulário, a equipe médica seja sensibilizada para a importância de verificar a adesão utilizando o instrumento proposto e encaminhar o paciente para a consulta farmacêutica, se necessário.

Outra dificuldade observada refere-se à necessidade de cooperação do paciente durante a avaliação da adesão, haja visto a possibilidade de superestimar a adesão. No fluxo do serviço, a responsabilidade de levar o formulário à FE é do próprio paciente e,

além disso, este deve estar disposto a participar da consulta farmacêutica, enquanto for necessário. Assim, verifica-se que a participação voluntária do paciente é fundamental para o serviço atingir seus objetivos.

A prescrição fornecida pelo médico em formulário próprio para antirretrovirais, pode ser utilizada para dispensação de TARV suficiente para um ou dois meses. Assim, excetuando-se casos específicos, como viagens prolongadas, o paciente deve comparecer mensalmente ou a cada dois meses na FE, dependendo da validade da receita e do estoque de antirretrovirais. Para facilitar o comparecimento, a consulta farmacêutica é agendada, com anuência do paciente, para a próxima retirada de medicamentos, em horário disponível do farmacêutico que oferece o serviço. Entretanto, uma das dificuldades observadas foi a falta aos agendamentos programados. É evidente que, apesar da adesão ser voluntária ao serviço oferecido, o farmacêutico deve tentar estimulá-la na primeira conversa com o paciente e criar mecanismos que fortaleçam seu vínculo com a farmácia.

A obtenção de dados para análise dos resultados foi dificultada pela falta de padronização no preenchimento e no arquivamento dos formulários de Avaliação da Adesão (ANEXO 1), assim como nas fichas de acompanhamento farmacoterapêutico (ANEXO 2) e nos relatos a serem anexados ao prontuário de cada paciente. Além de constituir uma limitação do estudo, isso também demonstra que as recomendações do farmacêutico para a equipe podem não estar sendo divulgadas adequadamente.

O quantitativo real de pacientes que foram avaliados quanto a adesão na consulta médica foi um dado não pode ser obtido, devido à falta de rastreabilidade do Formulário de Avaliação da Adesão (ANEXO 1). Sua edição em cópia numerada pode ser um mecanismo para corrigir esta falha e facilitar futuras análises do serviço.

7 DISCUSSÃO

Por se tratar da avaliação de um serviço implantado na rotina de atendimento, existem limitações quanto a definição dos parâmetros de estudo e padronização da amostra. Além de dificuldades em comparar os resultados com outros estudos.

A proposta de utilização do Formulário de Avaliação da Adesão (ANEXO 1) objetiva servir como modelo rápido de julgamento durante a consulta médica, em que o médico decide a necessidade de encaminhar o paciente ao serviço. A utilização do autorrelato obteve resultados variáveis como método de avaliação da adesão, com estudos atestando sua eficácia (SEIDL, 2007) e outros indicando que o método tende a exagerar a adesão (LIGNANI, 2001). Porém, se usado apenas como um dos indicadores, juntamente com resultados clínicos de CV e CD4 e outras observações clínicas, o método cumpre bem o papel de subsidiar o encaminhamento médico.

Outro estudo realizado na FE-HUB (SOUZA, 2014) investigou a adesão de 158 pacientes e constatou que 42,4 % dos pacientes percebiam efeitos adversos devido ao uso de ARV, principalmente gastrointestinais e neurológicos, 20,9 % relataram alguma dificuldade para tomar a medicação e 56,3 % afirmaram fazer uso de bebidas alcólicas e outras substâncias, com possibilidade de interrupção do tratamento. Estes achados corroboram a importância da aproximação entre equipe e paciente, pois muitos problemas que podem ser tornar futuros motivos de não-adesão podem ser evitados ou contornados com assistência adequada.

De modo geral, os motivos de encaminhamento encontrados neste trabalho se alinharam com resultados de outros estudos, como averiguado por Lignani (2001), que demonstrou que os principais motivos de interrupção do tratamento são nessa ordem: ocorrência de reações adversas, dificuldades com a posologia, esquecimento das doses, grande número de medicamentos prescritos, desânimo com o tratamento e interrupção para consumo de bebida alcóolica.

O uso de álcool é considerado um dos problemas mais interferentes na adesão (NEMES, 2000), visto que além de gerar esquecimento, alguns pacientes interrompem propositalmente a tomada de medicamentos durante períodos específicos, como finais de semana. Mesmo que não relatem interrupção da TARV, todos os pacientes devem ser orientados sobre como conciliar seu tratamento e seus hábitos sociais etilistas.

No trabalho realizado para avaliação da qualidade assistencial oferecida pelo HUB às PVHA, segundo o Modelo de Cuidados Crônicos (SILVA, 2014), demonstrou-se que o cuidado prestado no HUB oferecia integralidade, porém faltava coordenação sistematizada entre os principais setores envolvidos no atendimento (DIP, Com-vivência e Farmácia Escola). O atual serviço de acompanhamento farmacoterapêutico busca corrigir esta falha, servindo de elo entre os setores. Por ser um serviço oferecido na rotina de um estabelecimento de saúde é fundamental que este se guie através de fluxogramas bem delimitados e disponha de condições definidas de funcionamento. Como afirma Melquior (2006), é função da gerência prover estas condições básicas, sem as quais o serviço pode perder sua relevância entre a equipe. Além da capacitação técnica dos profissionais, deve-se buscar a integração na comunicação com toda equipe, fortalecendo a capacidade resolutiva de problemas em conjunto.

Na proposta deste serviço definiu-se que o encaminhamento aos demais profissionais é feito pela equipe médica durante o atendimento ambulatorial. Entretanto, poderia ser discutida a possibilidade de encaminhamento mútuo entre os serviços oferecidos no HUB, o que pode colaborar ainda mais para a integração da equipe.

Apesar de ter sido pouco explorada neste trabalho, uma das maneiras de avaliar a adesão, que já é feito na rotina do acompanhamento farmacoterapêutico, é a análise da regularidade na retirada de ARV, através de relatórios disponíveis no SICLOM. Romeu et al. (2012) comparou os métodos do autorrelato e medição da frequência da retirada de medicamentos, concluindo que o autorrelato superestimou os resultados de adesão na maioria dos casos. Este mesmo resultado foi encontrado por Saldanha (2008), que

reconhece o risco do método de autorrelato de superestimar a adesão, mas que ainda mantém sua recomendação de inclusão na rotina por ser um instrumento fácil e pouco oneroso.

Utilizando o SICLOM como uma ferramenta de controle de dispensação, o farmacêutico dispõe de uma importante ferramenta para avaliar a adesão e, deste modo, também poderia ser um agente iniciador do processo de acompanhamento farmacoterapêutico, realizando o controle dos usuários em atraso na retirada da TARV. Cunha (2014) analisou a resposta imunológica e virológica à TARV de 274 pacientes atendidos na FE- HUB, utilizando dados do SICLOM e dos prontuários. Foi encontrada relação direta entre retirada de medicamentos suficiente para 95% ou mais do tempo de tratamento e boa resposta imunológica e virológica. O trabalho também destacou a importância do SICLOM para controle das retiradas irregulares de ARV e enfatizou seu uso como estratégia de monitoramento da adesão.

A dificuldade para analisar o sucesso das intervenções junto aos pacientes ocorreu pela falta de parâmetros, como indisponibilidade de exames de CV e CD4 ao final do período de observação, assim como pela descontinuidade do acompanhamento, em alguns casos. Entretanto, apenas estes fatores não podem caracterizar a iniciativa como uma experiência falha.

É preciso ressaltar que a boa adesão é um fator que pode ser variável ao longo da vida de um paciente, assim deve-se falar numa condição de “estar” aderente. Deste modo, a continuidade do acompanhamento também pode variar dentro da população atendida por períodos de tempo muito distintos, de acordo com a situação de cada paciente.

8 CONCLUSÃO

A implantação do serviço de consulta farmacêutica para PVHA com dificuldade de adesão envolveu diversas etapas, desde a elaboração de proposta de serviço, definição de rotinas, fluxos e elaboração de formulários e instrumentos para o farmacêutico.

O número de consultas e intervenções realizada no primeiro ano do serviço foi pouco expressivo, mas suficiente para que se pudessem verificar os motivos de encaminhamento, tipos de intervenções e condutas além de permitir os ajustes necessários para a rotina de atendimento.

Observou-se que a oferta de serviço de consulta farmacêutica aumentou a participação do farmacêutico na equipe multidisciplinar, bem como, facilitou a comunicação entre os diversos envolvidos no atendimento de PVHA.

A implantação de consultas farmacêuticas na FE-HUB constitui um acréscimo na oferta de assistência de qualidade a PVHA.

9 REFERÊNCIAS

ALENCAR, B.M. Características clínico-demográficas dos usuários de antirretrovirais atendidos na Farmácia Escola de um Hospital Universitário. Brasília. Dissertação de mestrado. Universidade de Brasília, Fev 2014.

ALBERTON, L. M. Atenção farmacêutica: um exemplo catarinense. **Pharmácia Brasileira**. Brasília, v. 3, n. 25, p. 25-27, Mar./Abr. 2001.

ANDRADE, T. U.; BARBOSA, J. L. C.; LAIGNIER, L. L. M.; MATA, E. F.; CASSARO, K. O. S.; LENZ, D.; SAMPAIO, K. N.; BOËCHAT, G. A. P.; ENDRIGER, D. P. Scientific production in pharmaceutical care: comparison between Brazil, USA and Spain. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**. São Paulo, v. 49, n. 1, p. 39-47, 2013.

ANGONESI, D.; RENNÓ, M.U.P. Dispensação Farmacêutica: proposta de um modelo para a prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.9, p.3883-3891, 2011.

ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica: Fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Ciência e saúde coletiva**, v.15, nº3, p.351-372, 2010.

BRASIL. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a Distribuição Gratuita de Medicamentos aos Portadores do HIV e Doentes de AIDS. Brasília, 1996. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9313.htm>. Acesso em: 15 de abr. de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Terapia antirretroviral e saúde pública –Um balanço da experiência brasileira. Brasília, 1999. Disponível em: <<http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/terapia.pdf>>. Acesso em 15 de abr. de 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Manuais n. 84. Brasília, 2008.

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 Ministério da Saúde. Brasília, 2010. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 15 de abr. de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília, 2013. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 15 de abr. de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>. Acesso em: 15 de abr. de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de AIDS, DST e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico DST-Aids 2014. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2014/boletim-epidemiologico-2014>>. Acesso em: 15 de abr. de 2015.

- BRASIL. Ministério Da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Cadernos de Atenção Básica, nº 35. Brasília – DF. 2014.
- CAMBIANO V. et al. Long-term trends in adherence to antiretroviral therapy from start of HAART. **AIDS**, v.15, 24, n.8, p.1153-62, Mai 2010.
- CARACIOLO, J.M.M.; SHIMMA, E. Adesão: da teoria à prática. Série: Prevenção às DST/AIDS. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/Aids, 2007.
- CDC. Preexposure Prophylaxis for the Prevention of HIV in the United States: A Clinical Practice Guideline. 2014. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/hiv/guidelines/>>. Acesso em: 15 de abr. de 2015.
- CHESNEY, M. A. Factors affecting adherence to antiretroviral therapy. **Clin Infect Dis**. v.30, n.2, 2000.
- CHU, C.; SELWYN, P.A. Complications of HIV Infection: A Systems-Based Approach. **American Family Physician**, v.83, n.4. p.395-405, Fev. 2011.
- COHEN, M.S.; CHEN, Y.Q.; MCCAULEY, M. et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. **N Engl J Med**, v.365, n.6, p. 493-505, 2011.
- COLOMBRINI, M.R.C.; LOPES, M.H.B.M.; FIGUEIREDO, R.M. Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n.4, p.576-810, 2006.
- CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. **A Prática Farmacêutica na Farmácia Comunitária**. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- CUNHA, T.M.P. Registro de dispensação de medicamentos e resposta à terapia antirretroviral. Brasília. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, Jul 2014.
- DÁDER, M.J.F.; CASTRO, M.M.S.; HERNÁNDEZ, D.S. Método Dáder. Manual de Acompanhamento Farmacoterapêutico, 3 ed.(versão em português), Alfenas: Editora da Universidade Federal de Alfenas, 2014.
- ESPARZA, J. A new scientific paradigm may be needed to finally develop an HIV vaccine. **Front Immunol.**, v.6, n. 124, Mar. 2015.
- FALCI, D.; BAY, M.; SPRINZ, E. Simplificação do Tratamento Anti-retroviral com a Utilização de Inibidor de Protease Reforçado com Baixas Doses de Ritonavir como Monoterapia de Manutenção em indivíduos HIV positivos com Supressão Viral. Tendências em HIV/AIDS, São Paulo, v.1, n.1, p.24-27, 2006.
- FAUCI, A. S. The Human Immunodeficiency Virus: Infectivity and Mechanisms of Pathogenesis. **Science**, v.239, p.617-622, Fev 1988.
- FAZITO-REZENDE, E.L.L.; VASCONCELOS, A.M.N.; PEREIRA, M.G. Causes of death among people living with HIV/AIDS in Brazil. **Braz J Infect Dis**, v.14, n.6, p.558-563, 2010.
- FOCACCIA, R.; VERONESI, R. Tratado de infectologia. 3.ed. rev. e atual. São Paulo: Atheneu, 2007. p.111-113 e 238 -239.

- FURMAN, P.A. et al. Phosphorylation of 30'-azido-3'-deoxythymidine and selective interaction of the 5'-triphosphate with human immunodeficiency virus reverse transcriptase. **Proc Natl Acad Sci USA**, v.83, p.8333–8337, Nov 1986.
- GALLO, R.C.; MONTAGNIER, L. Aids in 1988. **Sci Am.**, v.259, n.4, p.41–48, 1988.
- GALVÃO, J. AIDS no Brasil: A Agenda de Construção de uma Epidemia. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, São Paulo: **Editora 34**, 2000.
- GOLDBERG, A.I.; COHEN, G.; RUBIN, A.H.E. Physician assessments of patient compliance with medical treatment. **Soc Sci Med.**, v. 47n. 11, p. 1873-6, Dez 1998.
- HEPLER, C.D.; STRAND, L.M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **Am J Hosp Pharm**, v. 47, n. 3, p. 533-43, 1990.
- HOLMES, C.B. et al. Review of Human Immunodeficiency Virus type 1-related opportunistic infections in sub-Saharan Africa. **Clin Infect Dis.**, v.36, n.5, p. 656–662, 2003.
- IVAMA, A. M.; NOBLAT, L.; CASTRO, M. S.; OLIVEIRA, N. V. B. V.; JARAMILLO, N. M.; RECH, N. Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 24 p.
- LIGNANI JÚNIOR, L.; GRECO, D.B.; CARNEIRO, M.C. Avaliação da aderência aos antirretrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/Aids. **Rev Saúde Públ.**, v.35, n.6, p.495-501, 2001.
- MANDELL, G.L.; BENNETT, J.E.; DOLIN, R. Principles and Practice of Infectious Diseases. 7 ed. Philadelphia: Churchill Livingstone/Elsevier, 2010.
- MEHTA, S.; MOORE, R.D.; GRAHAM, N.M.H.; Potential factors affecting adherence with HIV therapy. **AIDS**, v.11, p.1665–1670, 1997.
- MELQUIOR, R. et al. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil. **Rev. Saúde Pública** vol.40 no.1 São Paulo Jan/Fev 2006.
- MORISKY, D.E.; GREEN, L.W.; LEVINE, D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Med Care.**, v. 24, n.1, p.67-74, Jan 1986.
- MURPHY, K. Imunobiologia de Janeway, Tradução de Denise C. Machado, Gaby Renard e Lucien Peroni Gualdi. 8.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- NEMES, M.I.B. Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em ser- viços no Estado de São Paulo. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- OBRELI-NETO, P.R. et al. Métodos de avaliação de adesão à farmacoterapia. **Rev. Bras. Farm.** v.93, n.4, p. 403-410, 2012.
- PARKER, R.; CAMARGO JR., K.R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.89-102, 2000.
- PATEL, P.; BORKOWF, C.B.; BROOKS, J.T. et al. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. **AIDS**, v.28, n.10, p.1509-1519, Jun 2014.

- PATERSON, D.L., SWINDELLS, S., MOHR, J., et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. **Ann Intern Med**, v.133, p.21-30, 2000.
- PEREIRA, L.R.L.; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences** v. 44, n. 4, Out/Dez., 2008.
- PERELSON, A.S. et al. HIV-1 Dynamics In Vivo: Virion Clearance Rate, Infected Cell Lifespan, and Viral Generation Time. **SFI Working Paper**, v.02, n.004, 1996.
- PINTO, A.C.S. et al. Compreensão da pandemia da Aids nos últimos 25 anos; **DST – J Bras Doenças Sex Transm**. Fortaleza, v.19, n.1, p. 45-50, 2007.
- ROMEU, G.A.; TAVARES, M.M.; CARMO, C.P.; MAGALHÃES, K.N.; NOBRE, A.C.L.; MATOS, V.C. Avaliação da adesão a terapia antirretroviral de pacientes portadores de HIV. **Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde**. v.3, n.1, p. 37-41, 2012.
- SALDANHA, M.R.C.G. Adesão ao tratamento com medicamentos antirretrovirais pelos pacientes atendidos no Centro de Doenças Infecto-parasitárias do Bairro Nova Bahia em Campo Grande-MS. Campo Grande. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Mato Grosso, 2008.
- SEIDL, E.M.F.; MELCHÍADES, A.; FARIAS, V.; BRITO, A. Pessoas vivendo com HIV/aids: variáveis associadas à adesão ao tratamento antirretroviral. **Cad Saúde Pública**. v. 23, n.10, p.2305-16, 2007.
- SILVA, A.W.M. Avaliação da linha de cuidado das pessoas vivendo com HIV/aids atendidas no Hospital Universitário De Brasília. Brasília. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade de Brasília, 2014.
- SOUZA, N. A.; NAVES, J.O.S. Adesão ao tratamento antirretroviral de usuários da Farmácia Escola da Universidade de Brasília. Apresentação de Trabalho de Iniciação Científica, 2014.
- ST CLAIR, M.H. et al. et al. 30 -Azido-30 -deoxythymidine triphosphate as an inhibitor and substrate of purified human immunodeficiency virus reverse transcriptase. **Antimicrob Agents Chemother**, v.31, p.1972–1977, 1987.
- TEMPLETON, D.J.; MILLETT, G.A.; GRULICH, A.E. Male circumcision to reduce the risk of HIV and sexually transmitted infections among men who have sex with men. **Curr Opin Infect Dis**. v.23, n.1, p.45-52, Fev 2010.
- THOMSON, M.M.; PÉREZ-ALVAREZ, L.; NÁJERA, R. Molecular epidemiology of HIV-1 genetic forms and its significance for vaccine development and therapy. **Lancet Infect Dis**.; v.2, n.8, p.461-471, Ago 2002.
- VOGEL, M. et al. The Treatment of Patients With HIV. **Dtsch Arztebl Int**, v.107, n.28–29, p. 507–16, 2010.
- WELLER, S.C.; DAVIS-BEATY, K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, John Wiley & Sons, 2002.

WIGG, M.D. Vírus da imunodeficiência humana. In: SANTOS, N.O.S.; ROMANOS, M.T.V.; WIGG, M.D. Introdução à virologia humana. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p. 410- 447.

WHO. UNAIDS. Global Aids Response Progress Reporting 2014: Construction of Core Indicators for monitoring the 2011 United Nations Political Declaration on HIV and AIDS. 2014. Disponível em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2014/GARPR_2014_guidelines_en.pdf>. Acesso em: 15 de abr. de 2015.

WHO. World Health Organization Protocol for population-based monitoring of HIV drug resistance emerging during treatment and related program factors at sentinel antiretroviral therapy clinics. 2012. Disponível em: <<http://www.who.int>>. Acesso em: 15 de abr. de 2015.

WHO. Programmes HIV/ AIDS: Global summary of the AIDS epidemic/ 2013. Jul. 2014. Disponível em: <http://www.who.int/hiv/data/en/>. Acesso em: 15 de abr. de 2015.

WHO. Bulletin of the World Health Organization: BRICS and global health, v.92, n.6, p. 386-386a. Jun 2014.

10 ANEXOS

ANEXO 1: Avaliação da adesão à terapia antirretroviral (TARV) durante a consulta médica

Nome do paciente: _____ Registro: _____

Utilizar: (1) uma vez por mês ou menos.
(2) algumas vezes por mês.
(3) algumas vezes por semana.
(4) pelo menos uma vez por dia.

1- Você esquece de tomar os seus remédios? (____)
2- Você muda o horário de tomar seus remédios? (____)
3- Quando você se sente bem, deixa de tomar os seus remédios? (____)
4- Quando você se sente mal com os remédios, deixa de tomá-los? (____)

Escore final:
4 = boa adesão
5 a 6 = adesão parcial
>7 = adesão insuficiente (encaminhar o paciente)

Decisão:
 Encaminhamento para consulta farmacêutica na Farmácia Escola
 Encaminhamento para atendimento no Com-Vivência ou outro serviço em saúde mental _____
 Atendimento de rotina

Observações para a equipe multiprofissional:
Como você avalia a resposta da TARV? CD4:
Clínica Adequada Não Adequada CV:
Viroológica Adequada Não Adequada
Imunológica Adequada Não Adequada

Data, Assinatura e carimbo

ANEXO 2: Fichas para acompanhamento farmacoterapêutico

Ficha 1 – Informações sobre o paciente

Ficha 1.1 – Informações sociodemográficas do paciente

Nome completo:		Gênero: () M () F	
Nascimento: / /	Naturalidade:	Nacionalidade:	Cartão SUS:
E-mail:		Telefone:	Celular:
Endereço:		Número:	Complemento:
Bairro:	Zona urbana ()	Zona rural ()	
Município:	UF:	CEP:	
Possui convênio médico: () Sim. Qual? () Não			
Está vinculado a alguma UBS/Centro de Saúde? () Sim. Qual?		() Não	
Escolaridade (em anos de estudo): () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 () 11 () 12 () 13 () 14 () 15 ou mais			
Ocupação (conforme Classificação Brasileira de Ocupações):			
Estado civil: () Solteiro () Casado () Separado/Divorciado () Viúvo () Outro. Qual?			
Total de dependentes: () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () >5			
Número de pessoas que moram com o paciente: () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () >5			
Autonomia na gestão de medicamentos: () Toma medicamentos sem assistência () Necessita de lembretes ou assistência () Incapaz de tomar sozinho			
O paciente possui cuidador: () Sim. Quantos? () 1 () 2 () >2 () Não			

Ficha 1.2 – Informações antropométricas e hábitos do paciente

Data de registro da informação:		
Peso (kg):	Altura (m):	IMC:
Gestante: () Sim () Não		Lactante: () Sim () Não

<p>Hábitos alimentares:</p> <p>Possui restrição a algum tipo de alimento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual e por quê?</p> <p>Necessidade de alimento ou dieta específica: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual e por quê?</p>	<p>Prática regular de exercícios físicos:</p> <p>Nos últimos três meses, você praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual?</p> <p>Você pratica o exercício pelo menos uma vez por semana?</p> <p>Quantos dias por semana?</p> <p>Quanto tempo dura esta atividade?</p>
<p>Consumo de bebidas:</p> <p>Alcoólicas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Quantidade: Nos últimos 30 dias você consumiu quatro ou mais doses* (para mulheres) ou cinco ou mais doses* (para homens) em uma única ocasião? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não *Uma dose de bebida alcoólica corresponde a uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada.</p> <p>Você tem histórico prévio de dependência ao álcool? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Café: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quantidade: <input type="checkbox"/> até 2 xícaras/dia <input type="checkbox"/> 3-6 xícaras/dia <input type="checkbox"/> mais de 6 xícaras/dia</p> <p>Refrigerante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quantidade: <input type="checkbox"/> até um dia/semana <input type="checkbox"/> 2-3 dias/semana <input type="checkbox"/> mais de 3 dias/semana</p>	<p>Fuma atualmente (cigarro, narguilé, charuto): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Quantidade (se cigarro): <input type="checkbox"/> 0-1 maço/dia <input type="checkbox"/> > 1 maço/dia</p> <p>Já fumou anteriormente? <input type="checkbox"/> Sim. Por quanto tempo? <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Já tentou parar? <input type="checkbox"/> Sim. Quantas vezes? () 0 () 1 <input type="checkbox"/> 2 () >2 <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Atualmente, faz uso de outras drogas (maconha, cocaína, heroína...)? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual?</p>

Ficha 2 – Informações sobre problemas de saúde do paciente
Ficha 2.1 – Informações sobre a doença principal e comorbidades

Doença	CID	Data/Ano diagnóstico	Diagnóstico (S,C, ID, NSI)	Tipo (P,A, I)	Preocupação (Pouca, Regular, Bastante)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Legenda: S: Suspeito C: Confirmado ID: Indeterminado, NSI: Não sabe informar.
P: Principal, A: Associada, I: Indeterminada.

Possui alguma queixa ou sintoma? () Não () Sim [preencher próxima ficha]

Ficha 2.2 – Informações sobre queixas e sintomas

Queixa/sintoma	Ano do aparecimento (E, A, NSI)	Associado com doença registrada? Qual? (S, N, NSI)	Preocupação (Pouca, Regular, Bastante)	Associa esta queixa ou sintoma com alguma suspeita de reação adversa? (N ou S) Se sim, preencher ficha 4
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Legenda: E: Exato, A: Aproximado; NSI: Não sabe informar.
S: Sim, N: Não.

Ficha 2.3 – Histórico de Reações Adversas

Histórico de reações adversas a medicamentos (inclusive reações alérgicas): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. [preencher campos abaixo se esta for marcada]
Data de início:
Data de término:
Medicamento:
Evolução: 1. A reação causou internação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe informar 2. A reação prolongou a internação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe informar 3. A reação implicou em risco de morte? <input type="checkbox"/> Sim

Não
 Não sabe informar
 4. A reação desapareceu (ou melhorou) após a interrupção do medicamento?
 Sim
 Não
 Não sabe informar
 Não se aplica
 5. A reação desapareceu (ou melhorou) com ajuste de dose?
 Sim
 Não
 Não sabe informar
 Não se aplica
 6. A reação reapareceu após reintrodução do medicamento?
 Sim
 Não
 Não sabe informar
 Não se aplica
 7. Você notificou este caso a alguma instituição, farmácia notificadora ou laboratório produtor do medicamento?
 Sim. Qual?/Quem?
 Não
 Não sabe informar

Ficha 3 – Informações referentes aos tratamentos em curso

Medicamento/ apresentação e forma farmacêutica	Prescrito ou não?	[Se prescrito] Nome, Especialidade e Setor (Público/Privado)	Classificação (alopático, homeopático, planta medicinal, fitoterápico, outro)	Data de início do tratamento (E, A, NSI)	Data Final do tratamento (E, A, NSI)	Posologia e via de administração	Para que você utiliza?

Para cada medicamento:

Percepção do paciente:
 1. Está se sentindo melhor com o uso do medicamento?
 Sim
 Não
 Não sabe avaliar
 2. Sente o efeito do medicamento?
 Sim. Descreva como você percebe o efeito (benéfico ou maléfico). [campo aberto]
 Não
 3. Tem alguma dificuldade na administração (uso) do medicamento?
 Sim. Qual?
 Não
 4. Conhece alguma(s) precaução(ões) de utilização?
 Sim. Qual?
 Não
 5. Associa o uso deste medicamento com alguma suspeita de reação adversa?
 Sim. [abrir automaticamente a Ficha 2.3].
 Não

Tratamentos anteriores para a mesma doença, queixa ou sintoma:
Informações complementares: aderente?

Ficha 3.3 – Revisão por sistemas:

Sistemas	Alterações percebidas pelo paciente		Observações (melhora/piora em alguma situação?)
Geral	<input type="checkbox"/>	Alteração no apetite	
	<input type="checkbox"/>	Alteração no peso	
	<input type="checkbox"/>	Dor	
	<input type="checkbox"/>	Tontura (vertigem)	
	<input type="checkbox"/>	Outra. Qual?	
Órgãos dos sentidos (ouvido, olho, boca, nariz)	<input type="checkbox"/>	Alterações visuais	
	<input type="checkbox"/>	Diminuição na audição	
	<input type="checkbox"/>	Zumbido do ouvido	
	<input type="checkbox"/>	Epistaxe (sangramento no nariz)	
	<input type="checkbox"/>	Rinite alérgica	
	<input type="checkbox"/>	Glaucoma	
	<input type="checkbox"/>	Hemoptise (expectoração sanguinolenta)	
	<input type="checkbox"/>	Outra. Qual?	
Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	Dor no peito	
	<input type="checkbox"/>	Hiperlipidemia	
	<input type="checkbox"/>	Hipertensão	
	<input type="checkbox"/>	Infarto do miocárdio	
	<input type="checkbox"/>	Hipotensão ortostática	
	<input type="checkbox"/>	Taquicardia	
	<input type="checkbox"/>	Outra. Qual?	
Pulmonar	<input type="checkbox"/>	Asma	
	<input type="checkbox"/>	Falta de ar	
	<input type="checkbox"/>	Taquipnéia	
	<input type="checkbox"/>	Chiado	
	<input type="checkbox"/>	Outra. Qual?	
Trato gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	Queimação	
	<input type="checkbox"/>	Dor abdominal	
	<input type="checkbox"/>	Dor no estômago	
	<input type="checkbox"/>	Diarreia	
	<input type="checkbox"/>	Náusea	
	<input type="checkbox"/>	Constipação	
	<input type="checkbox"/>	Vômito	
	<input type="checkbox"/>	Fezes sanguinolentas	
	<input type="checkbox"/>	Outra. Qual?	
Hepático	<input type="checkbox"/>	Cirrose	
	<input type="checkbox"/>	Hepatite	
	<input type="checkbox"/>	Icterícia	
	<input type="checkbox"/>	Outra. Qual?	
Sistema endócrino	<input type="checkbox"/>	Diabetes	
	<input type="checkbox"/>	Hipotireoidismo	

	<input type="checkbox"/>	Sintomas de menopausa	
	<input type="checkbox"/>	Outra. Qual?	
Pele	<input type="checkbox"/>	Eczema/psoríase	
	<input type="checkbox"/>	Prurido/coceira	
	<input type="checkbox"/>	Rash	
	<input type="checkbox"/>	Micose	
	<input type="checkbox"/>	Verruga	
	<input type="checkbox"/>	Outra. Qual?	
	Hematopoiético	<input type="checkbox"/>	Hematomas
<input type="checkbox"/>		Sangramentos	
<input type="checkbox"/>		Anemia	
<input type="checkbox"/>		Outra. Qual?	
Genito-uritário/reprodutor	<input type="checkbox"/>	Hemorragia	
	<input type="checkbox"/>	Incontinência	
	<input type="checkbox"/>	Impotência	
	<input type="checkbox"/>	Diminuição da libido	
	<input type="checkbox"/>	Corrimento vaginal	
	<input type="checkbox"/>	Prurido/coceira	
	<input type="checkbox"/>	Lesões/feridas	
Renal/urinário	<input type="checkbox"/>	Poliúria/aumento do volume	
	<input type="checkbox"/>	Polaquiúria/ aumento da frequência	
	<input type="checkbox"/>	Disúria/ dificuldade de urinar	
	<input type="checkbox"/>	Hematúria/sangue na urina	
	<input type="checkbox"/>	Disfunção renal	
	<input type="checkbox"/>	Nefrolitíase/pedra nos rins	
	<input type="checkbox"/>	Outra. Qual?	
Músculo-esquelético	<input type="checkbox"/>	Dor nas costas	
	<input type="checkbox"/>	Artrite	
	<input type="checkbox"/>	Tendinite	
	<input type="checkbox"/>	Mialgia/dor muscular	
	<input type="checkbox"/>	Câimbras	
	<input type="checkbox"/>	Artralgia/dor na articulação	
Neuropsiquiátrico	<input type="checkbox"/>	Parestesia/ adormecimento	
	<input type="checkbox"/>	Tremor	
	<input type="checkbox"/>	Perda do equilíbrio	
	<input type="checkbox"/>	Depressão	
	<input type="checkbox"/>	Ideias suicidas	
	<input type="checkbox"/>	Ansiedade/nervosismo	
	<input type="checkbox"/>	Dificuldade de concentração	
	<input type="checkbox"/>	Convulsão	
	<input type="checkbox"/>	AVC	
	<input type="checkbox"/>	Perda de memória	
	<input type="checkbox"/>	Alucinações (realidade)	
	<input type="checkbox"/>	Delírios (irrealidade)	
	<input type="checkbox"/>	Outra. Qual?	
Enfermidades infecciosas	<input type="checkbox"/>	Malária	
	<input type="checkbox"/>	Doença de chagas	
	<input type="checkbox"/>	Sífilis	
	<input type="checkbox"/>	Gonorreia	

	<input type="checkbox"/>	Clamídia	
	<input type="checkbox"/>	Outra. Qual?	
Nutrição/fluidos/eletrólitos	<input type="checkbox"/>	Desidratação	
	<input type="checkbox"/>	Edema/inchaço	
	<input type="checkbox"/>	Outra. Qual?	

Ficha 4

Lista de possíveis dificuldades na tomada de medicamentos				
Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Nada difícil	Comentário (qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar-se de tomar o remédio				
Conseguir o medicamento (acesso/quanto gasta?)				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				
Tomar na frente de outras pessoas (sente que deve esconder que toma esses medicamentos/vergonha)				
Outros				

Ficha 5 – Resultados de exames laboratoriais

Exame laboratorial	Data do exame	Resultado	Valor de referência
CD4			
CV			
HBsAg			
Anti-HBc total			
anti-HCV			
anti-HTLV I e II			
Sífilis			


Sorologia para Chagas			
Toxoplasmose			
HPV			
CMV			
Prova Tuberculínica			
() Glicemia de jejum			
() Glicemia pós prandial			
() Hemoglobina glicada (HbA1c)			
() Colesterol total			
() Colesterol HDL			
() Colesterol LDL			
() Triacilglicerol			
() Alanina Aminotransferase (ALT)			
() Aspartato Aminotransferase (AST)			
() Creatinofosfoquinase (CPK)			
() Ureia			
() Creatinina			
() Ácido úrico			
() Lipase			
() Amilase			
() T4 livre			
() Hormônio tireoestimulante (TSH)			
() Velocidade de hemossedimentação (VHS)			
() Proteína c reativa (PCR)			
() Outro. Qual? Exame parasitológico			

Ficha 6 – Há interação medicamentosa?

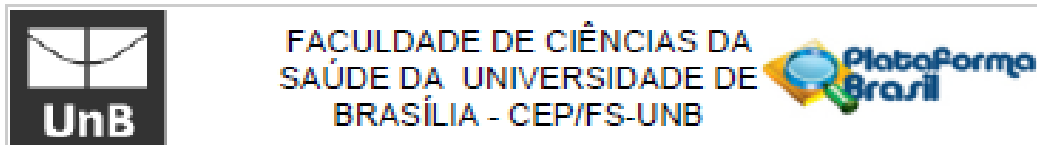
() Não

() Sim. Qual e entre quais medicamentos? Qual é a gravidade e manejo?

ANEXO 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

		
Farmácia Escola HUB, SGAN 605, asa norte, (61) 2028-5544		
<p>Eu, _____, RG n° _____ e CPF n° _____, abaixo assinado, concordo em participar do Acompanhamento Farmacoterapêutico. Declaro que fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo profissional farmacêutico _____, CRF n° _____ sobre os procedimentos envolvidos assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Os benefícios do Acompanhamento Farmacoterapêutico são: identificação de problemas relacionados ao uso de medicamentos, melhoria da adesão, esclarecimento de dúvidas sobre medicamentos, entre outros. O Acompanhamento Farmacoterapêutico apresenta risco insignificante, pois serão respeitadas as recomendações da Resolução CNS 466/2012 quanto ao sigilo e preservação do segredo sobre a identidade dos participantes. Você poderá se negar a participar ou interromper o atendimento a qualquer momento sem prejuízo da assistência oferecida na Farmácia Escola.</p>		
Local	Data	Assinatura:

ANEXO 4: Parecer de aprovação do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da atenção à saúde e seguimento farmacoterapêutico de pessoas vivendo com HIV-Aids atendidas no Hospital Universitário de Brasília

Pesquisador: MARIA INÊS DE TOLEDO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 14211513.8.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 278.787

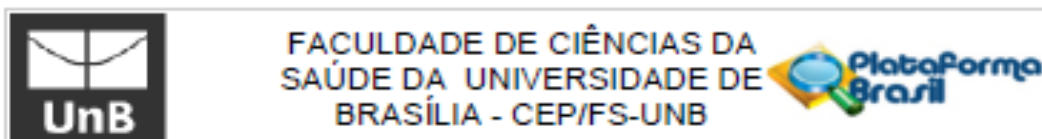
Data da Relatoria: 05/05/2013

Apresentação do Projeto:

O uso da terapia antirretroviral (TARV) resultou na melhora dos indicadores de morbimortalidade e qualidade de vida dos brasileiros e contribuiu para o atual perfil crônico degenerativo da doença. Linha de cuidado (LC) expressa fluxos assistenciais capazes de garantir ao usuário do sistema de saúde o acesso às tecnologias necessárias à assistência e operam com base em um conjunto de ações assistenciais para resolver um problema de saúde. São escassos os dados sobre a organização do atendimento a pessoas vivendo com HIV ou Aids (PVHA) em redes de atenção e LC e, aliado ao seguimento farmacoterapêutico hospitalar e ambulatorial são contribuições desta proposta que tem como objetivos: descrever e propor medidas para a adequação da atenção à saúde de PVHA, descrever os tratamentos da Aids e doenças oportunistas quanto a efetividade e segurança e aplicar e avaliar seguimento farmacoterapêutico em PVHA durante a internação e no atendimento ambulatorial no Hospital Universitário de Brasília (HUB). Para a descrição da rede de atenção à saúde (RAS) de PVHA e LC no HUB, serão identificados e avaliados os pontos da RAS das PVHA através da aplicação de questionários qual-quantitativos padronizados. As PVHA atendidas no HUB serão acompanhadas para se obter dados da história clínica, adesão ao tratamento e reações adversas a medicamentos. Serão assegurados os direitos a privacidade e confidencialidade dos dados dos indivíduos da

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3307-1047 Fax: (61)3307-3799 E-mail: cepfs@unb.br

Continuação do Anexo 4



Continuação do Parecer: 276.757

pesquisa e outros aspectos éticos.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar os cuidados em saúde para PVHA quanto ao acesso, segurança e efetividade a fim de favorecer a adequação da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os autores relatam não há haver riscos para os sujeitos da pesquisa, uma vez que não haverá nenhum procedimento adicional além do previsto no atendimento no HUB, exceto a aplicação de entrevistas estruturadas e coleta de dados clínicos disponíveis no prontuário dos pacientes. Quanto aos benefícios, os resultados da pesquisa devem contribuir para a melhoria do atendimento e qualidade de vida de PVHA.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os pesquisadores ajustaram os objetivos adequando-os a metodologia e instrumentos propostos.

O pesquisador refere que buscará alternativas e ajustes caso o financiamento principal não seja contemplado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE foi ajustado contemplando os itens necessários.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador cumpriu as pendências apontadas no parecer anterior e por isto sou de parecer favorável a sua aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

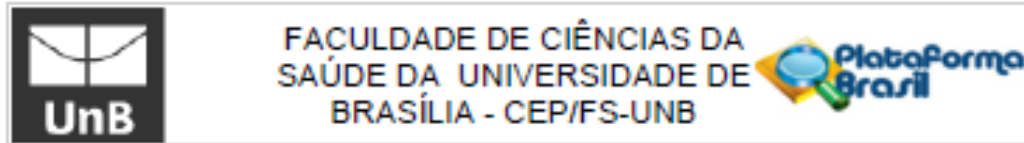
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 Fax: (61)3307-3799 E-mail: cepfs@unb.br

Continuação do Anexo 4



Continuação do Parecer: 270.787

BRASÍLIA, 21 de Maio de 2013

Assinado por:
Natan Monsoreo de Sá
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-000
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 Fax: (61)3307-3799 E-mail: cepfs@unb.br