

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS MÉDICAS

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA
SOBRE A ADESÃO DE PACIENTES HIV-POSITIVOS À TERAPIA ANTI-
RETROVIRAL**

AUTOR: Marysabel Pinto Telis Silveira

ORIENTADOR: Leila Beltrami Moreira

Porto Alegre

2009

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS MÉDICAS

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA
SOBRE A ADESÃO DE PACIENTES HIV-POSITIVOS À TERAPIA ANTI-
RETROVIRAL**

AUTOR: Marysabel Pinto Telis Silveira

ORIENTADOR: Leila Beltrami Moreira

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do
título de Doutor em Ciências Médicas à Universidade Federal
do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em
Medicina: Ciências Médicas
Orientador: Leila Beltrami Moreira

Porto Alegre, 2009

S587a **Silveira, Marysabel Pinto Telis**

Avaliação da efetividade da atenção farmacêutica sobre a adesão de pacientes hiv-positivos à terapia anti-retroviral / Marysabel Pinto Telis Silveira ; orient. Leila Beltrami Moreira. – 2009.

138 f. : il. color.

Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas. Porto Alegre, BR-RS, 2009.

1. Atenção farmacêutica 2. Adesão ao medicamento 3.

Avaliação de programas e projetos de saúde 4. Resultado de tratamento 5. Terapia anti-retroviral de alta atividade I. Moreira, Leila Beltrami II. Título.

NLM: WC 503

Catálogo Biblioteca FAMED/HCPA

*Ao meu marido, Ronaldo,
Aos meus filhos, Thiago, Márcio e Victor,
A minha mãe Alba,
pelo companheirismo e apoio na busca de meu crescimento pessoal e profissional.
Nada seria possível sem o apoio e o amor incondicional de vocês.*

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Dra Leila Beltrami Moreira, pelos ensinamentos, dedicação, disponibilidade. Professora e orientadora exemplar, aprendi muito com ela e tenho muito que aprender ainda.

À estatística Suzi Camey, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pela ajuda e paciência durante o período das análises estatísticas.

À Dra Márcia Sampaio Sá, Dr Carlos Lima e demais tutores do curso de “Métodos de Pesquisa Clínica Epidemiológica - MPCE_UFBA” pelo apoio, críticas e sugestões ao projeto, e pelo apoio financeiro através do Instituto de Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa do Hospital da Bahia (INDEP), em Parceria com a Universidade Federal da Bahia (UFBA), com recursos do ICOHRTA, University of California San Francisco – USA.

Aos colegas e amigos do Centro de Estudos em Aids do Rio Grande do Sul (CEARGS), especialmente ao Dr. Mauro Ramos, Dra Fernanda Torres de Carvalho, Ana Célia Siqueira, Carla Adriana Ribas, e Kelly Portolan, por terem me dado mais do que uma oportunidade, me acolheram, me deram amizade, carinho e uma grande família.

Ao Dr. Mauro Castro, um exemplo de dedicação à profissão farmacêutica e um mestre a ser seguido. Foi o meu incentivador e meu primeiro mestre em atenção farmacêutica.

A toda equipe do Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids de Pelotas, especialmente ao médico MSc Cezar Pinheiro, à farmacêutica Mariane Vecchi e as atendentes da farmácia Claudia Gervini e Marina Santos, meu muito obrigada, pela ajuda, apoio e amizade que carregaremos pelo resto da vida.

Aos pacientes do serviço, que, com carinho e paciência, responderam aos nossos questionários.

Aos alunos do curso de Farmácia da Universidade Católica de Pelotas. Sem eles, o trabalho não poderia ter sido realizado. Foram muitos nesta jornada, não poderei nomear a todos, mas especialmente tenho de agradecer a duas alunas que estiveram e ainda estão sempre presentes, Tatiana Pereira e Marília Guttier. Meu muito obrigado a todos e que o caminho profissional de vocês seja de muita glória. Marília, sempre incansável e minuciosa, cumprindo todas as tarefas que lhe foram solicitadas (e não foram poucas) em tempo extraordinário. Muito obrigada, querida colega farmacêutica (agora), jamais esquecerei teu apoio.

À querida amiga e bibliotecária da Universidade Católica de Pelotas, Cristiane Chim, pela ajuda e agilidade sempre que requisitada.

Às minhas queridas colegas e amigas Maria Elvira Cruzeiro (Vica) e Miriam Moreira Mussi, pela amizade e apoio nos diferentes e difíceis momentos que passei.

À minha madrinha, que sempre teve muito orgulho de mim e sempre me fez saber disso, fazendo com que eu tenha mais força para seguir orgulhando-a e buscando minha realização pessoal e profissional.

Ao meu padrinho, que tanto amo, e que também sempre me colocou no patamar de seu orgulho.

À minha mãe, exemplo de mulher corajosa, batalhadora, forte e dócil quando necessário. Exemplo de mãe e avó.

Aos meus queridos primos Jhon e Cecília e seus filhos, pelo acolhimento e carinho.

Ao meu marido, companheiro inseparável, cúmplice de meus sonhos, nada teria sido possível sem seu amor, compreensão e apóio incondicional.

Aos meus filhos, lindos, maravilhosos, dos quais muito me orgulho, cada um com sua própria personalidade e todos especiais. Sem vocês minhas realizações não teriam validade.

A Deus, por permitir que eu acorde todas as manhãs para continuar meu caminho.

“O trabalho do cientista resulta na elaboração de verdades parciais, incompletas e necessariamente provisórias”
NEWTON FREIRE-MAIA

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Em português:

AF – Atenção Farmacêutica

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ARV - Antirretroviral

CD4 – Grupamento de diferenciação 4 das células T

CEARGS – Centro de Estudos em Aids do Rio Grande do Sul

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

EPI-INFO – Pacote estatístico gratuito para a área da saúde

HCV – Vírus da hepatite C

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HIV/AIDS - Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

ICS – Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia

INDEP – Instituto de Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa do Hospital Da Bahia

IO – Infecção oportunista

IP – Inibidor da protease

IP/r – Inibidor da protease associado a ritonavir

ITRN – Inibidor da transcriptase reversa análogo dos nucleosídeos

ITRNN – Inibidor da transcriptase reversa não nucleosídeo

MEMS – Sistema eletrônico de memória

MS – Ministério da Saúde

n – Número

N – Número

NOTIVA – Notificação de medicamentos antirretrovirais

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

[Digite texto]

PRM - Problemas Relacionados aos Medicamentos

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RNA – Ácido ribonucléico

SAE-Pelotas - Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids de Pelotas- RS- Brasil

SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SUS – Sistema Único de Saúde

TARV - Terapia Antirretroviral Altamente Efetiva

T-CD4 – Linfócitos T-CD4

UFBA – Universidade Federal de Bahia

Em Inglês:

ARV - Antiretroviral

BDI – Beck Depression Inventory

bDNA – branched DNA

CAGE – Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener

CAPS – Center for Aids Prevention Studies

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

CI - Confidence Interval

CONSORT – Consolidated Standards of Reporting Trials

DRI – Drug-related issues

EFV – Efavirenz

FI – Fusion Inhibitor

HAART – Highly active antiretroviral therapy

HIV-RNA – Viral load

Md - fixed effects

NRTI – Nucleoside Analogue Reverse Transcriptase Inhibitors

NNRTI – Non Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors

[Digite texto]

PC - Pharmaceutical care

PI – Protease Inhibitors

RR - Relative Risk

SD - Standard deviation

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences - pacote estatístico para as ciências sociais

SSA – Service for Specialized Assistance

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

RESUMO	12
INTRODUÇÃO	17
REVISÃO DA LITERATURA.....	19
POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	19
ATENÇÃO FARMACÊUTICA	20
<i>Evolução do conceito de Atenção Farmacêutica.....</i>	<i>20</i>
<i>Estudos sobre Atenção Farmacêutica.....</i>	<i>22</i>
A AIDS NO BRASIL	26
TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL.....	27
<i>Acesso ao tratamento</i>	<i>27</i>
<i>Medicamentos antirretrovirais</i>	<i>28</i>
<i>Quando e como iniciar o tratamento antirretroviral.....</i>	<i>28</i>
<i>Avaliação da eficácia do tratamento antirretroviral</i>	<i>29</i>
<i>Falha virológica.....</i>	<i>29</i>
<i>Falha imunológica e falha clínica</i>	<i>29</i>
<i>Fatores associados com carga viral indetectável.....</i>	<i>29</i>
ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL.....	30
<i>Conceito</i>	<i>30</i>
<i>Métodos para aferir a adesão</i>	<i>31</i>
<i>Fatores associados com adesão aos antirretrovirais</i>	<i>31</i>
<i>Consequências da não adesão ao tratamento antirretroviral</i>	<i>34</i>
JUSTIFICATIVA PARA O ESTUDO	35
OBJETIVOS GERAIS	36
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	36
REFERÊNCIAS.....	37
ARTIGOS	47
CONSIDERAÇÕES GERAIS	116
ANEXOS	118

RESUMO

Introdução

Em 2004, o Ministério da Saúde do Brasil oficializou o conceito de Atenção Farmacêutica para o nosso país através da Resolução 338/2004, passando a ser implementado em programas de atenção de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão arterial.

A adesão pode ser definida como o cumprimento da pessoa a uma recomendação médica, ou, num conceito mais amplo, a adesão terapêutica pode ser entendida como a extensão com que um paciente usa os medicamentos seguindo a prescrição médica. Envolve a concordância entre a prescrição médica e o comportamento adotado pelo paciente, a tomada dos medicamentos corretamente, na dose correta e no horário recomendado. Quando se fala em adesão aos antirretrovirais, este conceito é ampliado porque está vinculado a um conjunto de ações: a disponibilidade de acesso aos serviços, frequência e realização de exames laboratoriais, consultas, retiradas de medicamentos na farmácia, entre outros. Estudos sugerem que a carga viral diminui e a prevalência de carga viral indetectável aumenta à medida que aumentam os níveis de adesão ao tratamento antirretroviral, sendo em geral necessária alta adesão para alcançar a efetividade terapêutica. Também, aumentando os níveis de adesão, aumenta a sobrevivência e qualidade de vida dos pacientes e diminuem os riscos de transmissão da doença.

Fatores socioeconômicos e de saúde têm sido associados à adesão aos antirretrovirais. Baixo nível de instrução, uso de drogas, uso abusivo de álcool e depressão não tratada estão associados à não-adesão. Meta-análise de Ciesla & Roberts indica que a prevalência de depressão maior é o dobro entre pessoas HIV - positivas quando comparada à população geral. Estudos realizados no Brasil mostram prevalência de depressão maior que varia de 13,3% em pacientes HIV - positivos assintomáticos a 41,5% em pacientes sintomáticos em tratamento antirretroviral.

Alguns fatores contribuem para diminuir os índices de adesão, tais como regime terapêutico complexo, dificuldade de adaptação à rotina diária, e percepção de efeitos colaterais. Ressalta-se, portanto, a importância de prevenir, identificar e resolver os problemas relacionados

aos medicamentos (PRM) que possam surgir durante o tratamento com antirretrovirais, através da Atenção Farmacêutica. Segundo o Manual de Boas Práticas de Adesão HIV/Aids, da Sociedade Brasileira de Infectologia, a Assistência Farmacêutica é o momento de fornecer orientações sobre os medicamentos, uso, efeitos adversos, reforçar a importância da adesão, identificar pacientes com déficit cognitivo, dificuldade visual ou alguma outra dificuldade que possa diminuir a adesão ao tratamento, para intervir. Também deve cuidar da logística de todo o ciclo do medicamento, para que não ocorram faltas, ou seja, é preconizada uma Assistência Farmacêutica integral, na qual está inserida a Atenção Farmacêutica. Após a prescrição, no momento da dispensação, o farmacêutico deve desenvolver suas atividades inseridas no conceito de Atenção Farmacêutica, com a finalidade de ajudar na farmacoterapia.

A eficácia da Atenção Farmacêutica tem sido avaliada em ensaios clínicos incluindo pacientes diabéticos, hipertensos e muito pouco com portadores de HIV ou Aids. Revisão sistemática sobre o estado atual da pesquisa em Atenção Farmacêutica, realizada em 2005, identificou apenas um ensaio clínico de Atenção Farmacêutica em pacientes com HIV/Aids. Estudos não controlados têm demonstrado que a Atenção Farmacêutica aumenta a adesão aos antirretrovirais e traz benefícios clínicos para os pacientes. O objetivo principal deste trabalho foi avaliar a efetividade da Atenção Farmacêutica para aumentar a adesão ao tratamento antirretroviral.

Métodos

Realizou-se ensaio clínico randomizado, unicego, incluindo pacientes adultos, moradores da zona urbana de Pelotas, não gestantes, em tratamento antirretroviral independente do tempo de tratamento. Calculou-se que seriam necessários 332 pacientes para detectar diferença na taxa de adesão de 30%, com erro alfa de 5% e poder de 80%. O grupo controle recebeu atendimento convencional da farmácia, sendo realizada apenas a dispensação dos antirretrovirais. O grupo intervenção recebeu mensalmente, no momento de retirada dos medicamentos, Atenção Farmacêutica através do Método Dáder, além de receber os medicamentos identificados por cores, uma carteirinha com a descrição dos antirretrovirais prescritos e a explicação de como usá-los. Os desfechos foram taxa de adesão aos antirretrovirais medida por auto-relato dos últimos três dias e taxa de carga viral indetectável.

Tendo em vista as medidas repetidas, as associações foram analisadas através de Modelos Lineares Generalizados usando modelo hierárquico previamente estabelecido.

Resultados

A maioria dos pacientes foi do sexo masculino ($n=210-63,3\%$), idade de 18 a 75 anos (média de 40,3 anos; DP= 10,1), renda familiar variou de 0 a 14,3 salários mínimos (mediana de 1,43), escolaridade de 0 a 21 anos de estudo (média de 6,6 anos DP= 3,7).

Na análise multivariada, houve associação independente de trabalho fixo, carga viral, sintomas depressivos e total de comprimidos, com adesão ao tratamento. Independente do tempo, não houve diferença na adesão nem na taxa de pacientes com carga viral indetectável entre os grupos intervenção e controle. Os fatores associados com carga viral indetectável foram idade, anos de estudo, estado imunológico e tempo de tratamento.

O esquema antirretroviral mais usado foi Lamivudina + Zidovudina + Efavirenz (51%). O tempo de tratamento variou de 1 a 174 meses (56 ± 35). Foram analisados os PRMs em 141 pacientes do grupo intervenção e resolvidos 40 dos 94 PRMs identificados, sendo os PRMs relacionados à necessidade de mais fácil e rápida solução. Foram identificados 50 PRMs

relacionados à necessidade, sendo que, destes, 20 não usa medicamento que necessita e 30 usa medicamento que não necessita; 40 relacionados à não efetividade e 4 com não segurança. Foram encaminhados à consulta médica 42 pacientes (29,8%). Todos os pacientes com prescrição de didanosina (10) faziam uso incorreto deste antirretroviral, que deveria ser dissolvido ou mastigado. Também foram identificados quatro erros na dispensação, sendo todos resolvidos. Houve aumento da satisfação dos pacientes com o serviço após os 12 meses de acompanhamento.

Discussão

A maioria dos estudos sugere que a intervenção farmacêutica aumenta a adesão dos pacientes ao tratamento, mas são estudos não controlados. Neste estudo, a eficácia da intervenção farmacêutica, considerando a adesão relatada ou a carga viral indetectável, não foi confirmada. O poder do estudo foi insuficiente porque o efeito foi pequeno e a adesão basal, mais elevada do que a esperada. Por ter sido uma amostra de conveniência, provavelmente os pacientes que vão regularmente ao serviço são mais aderentes ao tratamento, a Atenção Farmacêutica traria benefício maior para pacientes selecionados, que tenham baixa adesão ao tratamento.

A satisfação dos pacientes com o serviço medida no início e após os 12 meses de acompanhamento aumentou, sugerindo que a Atenção Farmacêutica aumenta o vínculo do paciente com o serviço e resolução de PRMs o que deve contribuir para melhora o sucesso do tratamento.

Conclusão

A Atenção Farmacêutica, em nosso estudo, não aumentou a taxa de adesão nem de pacientes com carga viral indetectável, mas identificou e resolveu PRMs, erros de uso de medicamento e de dispensação.

INTRODUÇÃO

Durante o meu mestrado, estudei preditores de carga viral indetectável em pacientes HIV - positivos, e o mais importante preditor foi a adesão ao tratamento antirretroviral. Como farmacêutica, o assunto despertou meu interesse por que são muitas as ações que nós profissionais podemos fazer para a promoção da adesão ao tratamento. A Atenção Farmacêutica pode promover melhor controle da doença devido ao maior conhecimento dos pacientes em relação aos medicamentos e melhor comunicação entre a equipe de saúde, maior organização dos serviços e identidade do profissional farmacêutico. Estes parâmetros contribuem para a redução dos erros de medicação e reações adversas. Como a Atenção Farmacêutica é um campo novo de atuação profissional e existindo poucos estudos sobre Atenção Farmacêutica para pacientes HIV-positivos, decidi dedicar meu doutorado ao tema.

Este trabalho foi realizado no Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids localizado na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. O serviço atende a todos os portadores do vírus HIV da cidade e região, funcionando desde abril de 1998. Tem como objetivo diagnosticar, tratar e acompanhar pacientes portadores do vírus da AIDS, e é serviço de referência no Rio Grande do Sul, tendo cadastrados no momento de início deste trabalho (junho de 2006) 1350 pacientes, hoje são mais de 2700. O serviço fornece, gratuita e mensalmente, através do Ministério de Saúde-Programa Nacional DST/Aids, os antirretrovirais aos pacientes HIV/Aids cadastrados. Na época, eram em torno de 800 pacientes em tratamento antirretroviral. Os exames para avaliação da terapêutica (carga viral e contagem de CD4) também são realizados gratuitamente a cada quatro meses em laboratório autorizado pelo Ministério da Saúde.

Esta tese compreende, inicialmente, um apanhado sobre a Política Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, discussão do conceito de Atenção Farmacêutica, e revisão da literatura sobre Atenção Farmacêutica e adesão aos antirretrovirais. O estudo e seus resultados são apresentados em três artigos: o primeiro é a descrição do método, o protocolo do estudo; o segundo aborda a efetividade da Atenção Farmacêutica para aumentar a adesão aos

antirretrovirais e a prevalência de pacientes com carga viral indetectável; e o terceiro descreve a prevalência de sintomas depressivos e os fatores associados em pacientes HIV-positivos em tratamento antirretroviral.

Neste trabalho, propomos um método de seguimento farmacoterapêutico que poderia ser adotado pelos serviços especializados em HIV/Aids, a fim de promover aumento da adesão aos antirretrovirais, da confiança e vínculo do paciente com o serviço, bem como a qualidade da assistência prestada, detecção e resolução de PRMs e, assim, a melhora clínica e laboratorial dos pacientes.

REVISÃO DA LITERATURA

POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Política Nacional de Medicamentos, aprovada pela Portaria 3916/98, tem como objetivo formular as diretrizes de reorientação do modelo de Assistência Farmacêutica, com a definição do papel das três instâncias político-administrativas do SUS, com o propósito de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. São oito as diretrizes desta política, a saber: adoção da relação de medicamentos essenciais (RENAME); regulamentação sanitária de medicamentos; reorientação da Assistência Farmacêutica; promoção do uso racional de medicamentos; desenvolvimento científico e tecnológico; promoção da produção de medicamentos; e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.¹

Em 6 de maio de 2004, através da Resolução 338 do Conselho Nacional de Saúde, é aprovada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, que vem ao encontro da política Nacional de Medicamentos. Esta resolução destaca a atuação do farmacêutico na promoção da saúde e do uso racional de medicamentos, envolvendo ações referentes à Atenção Farmacêutica. Engloba treze eixos estratégicos dentro dos quais destacamos a manutenção de serviços de Assistência Farmacêutica na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção; qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica existentes em articulação com os gestores estaduais e municipais, nos diferentes níveis de atenção; desenvolvimento, valorização, formação, fixação e capacitação de recursos humanos; promoção do uso racional de medicamentos por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo.²

Através da Portaria GM nº 204/2007, de 29 de janeiro de 2007, o governo aprova e regulamenta o Financiamento Federal da Assistência Farmacêutica, considerando dois grandes blocos de financiamento: o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, que compreende o Componente Básico da Assistência Farmacêutica, o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica e o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional; e o

Bloco de Gestão do SUS, o qual compreende o Componente para a Qualificação da Gestão do SUS com estruturação de serviços e organização de ações de Assistência Farmacêutica.³

Os medicamentos antirretrovirais incluem-se no Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, ficando sob responsabilidade da União a elaboração dos protocolos clínicos e a aquisição dos medicamentos, e de responsabilidade dos estados a sua distribuição de acordo com planejamento prévio. O Governo Federal, através da Lei 9.313/96, de 13 de novembro de 1996, garante acesso universal e gratuito à Terapia Antirretroviral, sendo o Ministério da Saúde o único comprador de antirretrovirais, realizando a compra centralizada, para assim garantir o acesso.⁴ Em dezembro de 2007, eram aproximadamente 190.000 pessoas em uso de terapia antirretroviral. Ainda não foi possível alcançar o acesso universal, mas o mesmo está tão próximo quanto possível, atingindo, em 2008, aproximadamente 96% das pessoas que necessitam deste tratamento.⁵

ATENÇÃO FARMACÊUTICA

Evolução do conceito de Atenção Farmacêutica

A Atenção Farmacêutica, primeiramente definida por Brodie et al. em 1980⁶, “inclui a determinação das necessidades de medicamento para um dado indivíduo e a provisão não somente do medicamento requerido, como também dos serviços necessários (antes, durante e depois do tratamento) para assegurar uma terapia perfeitamente efetiva e segura”. Em 1990, Hepler e Strand⁷ utilizaram pela primeira vez na literatura científica o termo “Pharmaceutical Care”, que foi traduzido em nosso país para Atenção Farmacêutica. Os autores sugeriram 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”. Na reunião da OMS, realizada em 1993 em Tóquio, este conceito foi aceito e ampliado, passando a “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).⁸ Juntamente com este conceito da OMS, surge na Espanha o termo “Atención Farmacéutica”, com o desenvolvimento de um modelo de seguimento farmacoterapêutico, denominado Método Dáder, criado pelo grupo de investigação em Atención Farmacêutica da Universidade de Granada.⁹

No Brasil, o termo Atención Farmacêutica foi adotado e oficializado a partir de discussões lideradas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), OMS, Ministério da Saúde (MS), entre outros, resultando no Relatório 2001-2002, Atención Farmacêutica no Brasil: “Trilhando Caminhos”¹⁰, o qual define os componentes da prática profissional para o exercício da Atención Farmacêutica no Brasil. Dentro dos macro-componentes listados neste relatório, este trabalho está inserido principalmente no quinto – Acompanhamento/seguimento Farmacoterapêutico – e aborda todos os termos relacionados ao processo de trabalho em Atención Farmacêutica, também listados neste relatório, que são: Problemas Relacionados com Medicamentos; Acompanhamento/seguimento Farmacoterapêutico; Atendimento Farmacêutico e Intervenção Farmacêutica. Mas, também se insere dentro de outros quatro macro-componentes que são: Orientação Farmacêutica; Dispensação; Atendimento Farmacêutico, Registro Sistemático das Atividades, Mensuração e Avaliação dos resultados.

Em 2004, o Ministério da Saúde do Brasil oficializa o conceito de Atención Farmacêutica para nosso país através da Resolução 338/2004, considerando-a “como um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica e compreendendo 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 a uma farmacoterapia racional e à 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”.²

Estudos sobre Atenção Farmacêutica

No Brasil, existem alguns estudos sobre Atenção Farmacêutica para pacientes diabéticos e hipertensos, mas pouco se encontra em termos de HIV/Aids. Este dado não é restrito ao Brasil. Revisão sistemática sobre o estado atual da pesquisa em Atenção Farmacêutica, realizada em 2005, encontra apenas um ensaio clínico de Atenção Farmacêutica em pacientes com HIV/Aids. A maior parte dos estudos é recente, dos últimos 10 anos, e 61% deles realizados nos Estados Unidos.¹¹

Alguns estudos demonstraram resultados positivos no controle da doença em pacientes diabéticos em acompanhamento farmacoterapêutico¹²⁻¹³ ou no controle da hipertensão¹⁴. O estudo de Castro et al.¹⁴, encontrou resultados positivos no controle da hipertensão mas não no aumento da adesão ao tratamento. O valor do farmacêutico no cuidado com os pacientes relacionado com a promoção de melhores resultados de adesão foi documentado por Bluml et al., 2000.¹⁵

Em 2004 foi realizado levantamento em hospitais públicos da Espanha para avaliar a situação da Atenção Farmacêutica para pacientes com HIV nestes estabelecimentos, sendo avaliados 68 hospitais. O levantamento constou de um questionário com 33 perguntas dirigidas ao farmacêutico e agrupadas em oito dimensões: a) características do hospital e da pessoa que responde; b) estrutura física do local de atendimento dos pacientes, recursos humanos e materiais disponíveis; c) atividades assistenciais; d) intervenções farmacêuticas; e) controle da adesão; f) comunicação com a equipe assistencial; g) registro da atividade e qualidade da Atenção Farmacêutica, e h) opinião do farmacêutico sobre esta atividade. A maioria dos hospitais oferecia Atenção Farmacêutica somente nos momentos mais importantes e apenas 33% ofereciam como atividade continuada. Em menos da metade dos estabelecimentos, controlava-se a adesão de forma sistemática. A maioria fazia o registro da dispensação e 42% fazia a história farmacoterapêutica. A opinião do farmacêutico sobre a Atenção Farmacêutica ao paciente foi boa ou aceitável, os recursos disponíveis foram considerados insuficientes, principalmente quanto a pessoal, e sentiam que seu trabalho era valorizado pelos pacientes e profissionais da equipe, mas

um quarto dos farmacêuticos (especialmente de hospitais maiores) não se sentia valorizado. Os autores concluíram que a situação da Atenção Farmacêutica na Espanha, para pacientes com HIV tem um bom nível, mas está longe de ser aceitável e de qualidade, faltando, principalmente, formação farmacêutica específica, ou seja, qualificação profissional.¹⁶

Em revisão sistemática de ensaios clínicos sobre intervenções para melhorar a adesão aos antirretrovirais, nenhuma intervenção era de Atenção Farmacêutica, sendo a maioria aconselhamentos realizada pelos enfermeiros. Saliente-se, também, que intervenção para melhorar a adesão teve melhores resultados em pacientes com dificuldade de adesão.¹⁷

Linda Strand et al., 2004 colocam que há grande necessidade de preparar novos profissionais para prestar Atenção Farmacêutica. Eles treinaram mais de 300 farmacêuticos para a prática da Atenção Farmacêutica, através de um programa específico para identificar, prevenir e resolver problemas relacionados aos medicamentos. A avaliação dos benefícios da Atenção Farmacêutica praticada por 36 destes profissionais, realizada no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2003, da qual participaram 2985 usuários; relatou que 61% dos pacientes apresentaram pelo menos um problema farmacoterapêutico identificado e solucionado, sendo que 83% mantiveram suas patologias controladas durante o período em estudo. Concluiu também que houve redução de custos para o sistema de saúde. Porém a avaliação do impacto da Atenção Farmacêutica fica limitada pela ausência de grupo controle.¹⁸

Foi encontrado alto nível de satisfação por pacientes infectados com o HIV com a unidade de Atenção Farmacêutica a pacientes externos, no hospital de Castellon. As médias mais altas foram quanto à valoração do farmacêutico e as mais baixas foram referentes à organização.¹⁹

Alguns estudos têm mostrado que a Atenção Farmacêutica aumenta a adesão aos antirretrovirais e traz benefícios clínicos para os pacientes²⁰⁻²⁴, mas são estudos não controlados e com pequeno número de pacientes. Um exemplo é o trabalho de Abella et al., 2003²³, no qual prestou-se Atenção Farmacêutica 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 antirretrovirais 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.

Serviço de Atenção Farmacêutica realizado durante quatro meses para 57 pacientes HIV-positivos em uso de terapia antirretroviral encontrou 149 problemas relacionados com os medicamentos (PRMs), sendo que mais de 95% foram resolvidos. Os problemas mais comuns foram relativos a efeitos adversos (n=56), interações (n=32) e baixa adesão (n=20), concluindo que a Atenção Farmacêutica contribui significativamente no manejo dos pacientes HIV-positivos.²⁵ Doses incorretas e interações medicamentosas e alimentares foram os erros mais comuns encontrados em uma revisão das fichas de seguimento farmacoterapêutico de pacientes incluídos em programa de Atenção Farmacêutica durante 3 anos.²⁶

Programa de seguimento farmacoterapêutico realizado em três locais diferentes em Toronto, um hospital, um ambulatório anexo ao hospital e uma farmácia comunitária também anexa ao hospital, aumentou a capacidade dos farmacêuticos de comunicação e de fornecimento de informação sobre os antirretrovirais. Foram identificados 600 Problemas Relacionados com os Medicamentos (PRMs) em um período de 36 semanas, e aceitas 582 intervenções (97%).²⁷

Em seu trabalho, intitulado “Establishing pharmaceutical care service in a HIV clinic”, Colombo, J. (1997)²⁸ relata o oferecimento de educação e aconselhamento de forma escrita para pacientes HIV-positivos sobre o antirretroviral que o paciente está usando, e conclui que “Os farmacêuticos são qualificados para prover uma grande mudança no serviço de Atenção Farmacêutica para pacientes HIV-positivos. A intervenção farmacêutica pode ajudar a obter melhores resultados e menores custos no tratamento de doenças crônicas e caras”.

Estudo sobre a satisfação de homens HIV-positivos com os serviços farmacêuticos nos Estados Unidos indica que mais de 85% dos entrevistados estão satisfeitos com os serviços

prestados pelos farmacêuticos, mas que esperam por mais informações orais e escritas por parte do farmacêutico e maior interação pessoal.²⁹

Fatores gratificantes e estressantes foram citados pelos farmacêuticos no trabalho de Chizuru Minami Yokaichiya,³⁰ “Em busca da Atenção Farmacêutica: um estudo sobre os fatores gratificantes e estressantes do trabalho das equipes de farmácia dos serviços municipais de DST/Aids de São Paulo”. Os fatores gratificantes foram: observar a recuperação e o progresso do paciente, oferecer atendimento diferenciado, contribuir e constatar a adesão e a reeducação do farmacêutico que trabalha com AIDS. Por outro lado, os fatores estressantes relatados foram a falta de recursos material e humano, sobrecarga de funções, falta de reconhecimento institucional do farmacêutico, entre outros.

Existem poucas publicações sobre Assistência Farmacêutica em HIV/Aids no Brasil. Uma delas é o estudo de Portela MC e Lotrowska M³¹, que teve por objetivo avaliar a assistência à população com Aids no Brasil e a capacidade do Sistema Único de Saúde (SUS) de prover intervenções efetivas para o enfrentamento da epidemia e discutir a sustentabilidade da iniciativa brasileira de distribuição universal e gratuita dos antirretrovirais entre as esferas de governo e a sociedade civil, mas não destaca a Atenção Farmacêutica. Os desafios que se colocam atualmente dizem respeito ao monitoramento mais fino dos processos e resultados obtidos e à sustentabilidade da distribuição universal e gratuita de antirretrovirais. O governo brasileiro tem gasto milhões para manter a distribuição universal de antirretrovirais, mas, mais ações com o objetivo de melhorar a adesão ao tratamento são necessárias para a manutenção desta distribuição universal e gratuita.

Oliveira MA et al.³², em seu trabalho, “Avaliação da Assistência Farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/Aids no Município do Rio de Janeiro”, teve como objetivo avaliar o acesso à Assistência Farmacêutica prestada aos portadores do HIV/Aids em serviços da rede pública de saúde do município. É um trabalho muito importante que foca o aspecto da Assistência Farmacêutica, sem, contudo, valorizar a Atenção Farmacêutica.

Trabalho inserido no Projeto de Avaliação Nacional da Dispensação de Medicamentos para Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA)³³ no Rio de Janeiro, Brasil, relata que é relevante considerar a especial importância da orientação para a adesão do paciente ao tratamento e para educar quanto aos cuidados necessários à maior efetividade da terapêutica, ressaltando a importância do farmacêutico no momento da dispensação dos medicamentos fornecendo estas informações e atuando em equipe multiprofissional.

No Brasil há algumas publicações sobre Assistência Farmacêutica para pessoas HIV-positivas, principalmente estudos do Rio de Janeiro e São Paulo, mas não sobre Atenção Farmacêutica especificamente, havendo portanto uma deficiência de estudos nesta área para pacientes com HIV/Aids.

A AIDS NO BRASIL

Até junho de 2008, eram 506.499 casos acumulados de AIDS no Brasil. A taxa de incidência anual vem diminuindo gradativamente, sendo em 2007 de 17,8 /100.000 habitantes. O coeficiente de mortalidade também vem diminuindo, sendo em 2007 de 5,8/100.000 habitantes.³⁴

TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL

A introdução da Terapia Antirretroviral Altamente Efetiva (TARV) melhorou significativamente o perfil da doença, aumentando o número de indivíduos com carga viral indetectável e em recuperação imunológica. Desde sua introdução, em 1996, a taxa de falha virológica tem diminuído significativamente.³⁵

Acesso ao tratamento

A meta do Ministério da Saúde do Brasil é o acesso universal e gratuito a todos os pacientes que necessitem tratamento antirretroviral. Os números atingidos até 2008 são de 94,8% de acesso.³⁶

A melhora e qualificação contínua da Assistência Farmacêutica também estão entre as metas do governo. Para isso, foi elaborado um Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/Aids, com padronização de procedimentos de dispensação nas diversas situações do cotidiano; orientações sobre aquisição de medicamentos, efeitos adversos, infecções oportunistas, abordando todas as etapas do Ciclo da Assistência Farmacêutica. Também estão entre as metas o Planejamento de Capacitação técnico-científica para farmacêuticos, abordando temas de logística e de farmacologia, e a implantação do NOTIVA para os medicamentos antirretrovirais em parceria com a ANVISA para o monitoramento dos eventos adversos relacionados ao uso contínuo e prolongado de antirretrovirais, implantação da programação ascendente via SICLOM por meio do preenchimento sistemático de boletins e mapas – documentos para monitoramento de consumo de medicamentos e movimentação de entrada e saída de antirretrovirais, e inclusão de oficina de logística nos treinamentos do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), abordando temas como boas práticas de dispensação, critérios das recomendações do Ministério da Saúde, boas práticas de armazenamento, conservação dos antirretrovirais, conceitos e utilização de boletins e mapas, utilização do SICLOM gerencial.³⁶

Medicamentos antirretrovirais

Os esquemas de tratamento antirretroviral incluem, no mínimo, a associação de três fármacos em esquemas posológicos complexos, podendo ser dois inibidores da transcriptase reversa análogos ao nucleosídeo, associados a inibidores da protease ou inibidores da transcriptase reversa não-análogo ao nucleosídeo, ou ainda os esquemas de resgate que incluem um inibidor da fusão e/ou inibidor da integrase.³⁴⁻³⁵

Quando e como iniciar o tratamento antirretroviral

Segundo as recomendações do Ministério da Saúde do Brasil, o tratamento deve ser iniciado somente após o paciente ter compreendido bem os objetivos do tratamento e a importância da adesão. No quadro 1, encontra-se esquematizado quando iniciar a terapia antirretroviral.³⁴

Quadro 1	
Recomendações para início de terapia anti-retroviral	
Assintomáticos sem contagem de linfócitos T-CD4+ disponível ou CD4+ > 350	Não tratar ⁽¹⁾ (Nível de evidência 5, Grau de recomendação D)
Assintomáticos com CD4 entre 200 e 350 células/mm ³	Recomendar tratamento ⁽²⁾ (Nível de evidência 2b, Grau de recomendação B)
Assintomáticos com CD4 <200 células/mm ³	Tratar + quimioprofilaxia para IO ⁽³⁾ (Nível de evidência 1b, Grau de recomendação B)
Sintomáticos ⁽⁴⁾	Tratar + quimioprofilaxia para IO ⁽³⁾ (Nível de evidência 1b, Grau de recomendação B)

*Fonte: Ministério da Saúde, 2008 – Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos Infectados pelo HIV 2008.*³⁴

No quadro 2, está esquematizado o esquema antirretroviral preferencial para iniciar o tratamento, recomendado pelo Ministério da Saúde do Brasil.³⁴

Quadro 2	
Esquemas preferenciais para terapia inicial	
Preferencial	2 ITRN + ITRNN (Nível de evidência 1ª, Grau de recomendação A)
Alternativo	2 ITRN + IP/r (Nível de evidência 1ª, Grau de recomendação A)

*Fonte: Ministério da Saúde, 2008 – Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos Infectados pelo HIV 2008.*³⁴

Avaliação da eficácia do tratamento antirretroviral

Para avaliar falha ou sucesso terapêutico são consideradas a evolução da carga viral, da contagem de linfócitos T-CD4+ e a ocorrência de eventos clínicos.³⁴⁻³⁵⁻³⁷

Falha virológica

A falha virológica é definida pela não-obtenção ou não-manutenção de carga viral indetectável. Caracteriza-se por carga viral confirmada acima de 400 cópias/ml após 24 semanas ou acima de 50 cópias/ml após 48 semanas de tratamento ou, ainda, para indivíduos que atingiram supressão viral completa, por rebote confirmado de carga viral acima de 400 cópias/ml.³⁷

Falha imunológica e falha clínica

A falha imunológica é caracterizada pelo declínio progressivo da contagem de linfócitos T-CD4+, já a falha clínica é caracterizada pelo aparecimento de tumores e infecções oportunistas.³⁴

Fatores associados com carga viral indetectável

O mais importante preditor de carga viral indetectável no estudo de Silveira et al. (2002)³⁸ foi adesão ao tratamento antirretroviral, aferida por auto-relato, concluindo que intervenções motivadoras para adesão poderão melhorar a efetividade do tratamento.

[Digite texto]

Outros fatores também podem estar associados com carga viral indetectável. Estudos mostram que o tempo de tratamento é um dos fatores determinantes da carga viral.³⁸ Nas primeiras 4 a 6 semanas de tratamento, tende a ocorrer uma queda da viremia de no mínimo 1,0 log₁₀, o que representa 90% da viremia inicial e, nas próximas 12 a 24 semanas, espera-se que a viremia esteja indetectável, ou, 99% menor do que a inicial, ou ainda entre 5000-10.000 cópias/ml³⁹. Um estudo de coorte sugere que, dos 3 aos 6 meses de tratamento, aumenta a prevalência de carga viral indetectável, não havendo evidência de mudança nessa prevalência após esse período⁴⁰; outro estudo sugere que a diminuição da carga viral é maior no primeiro ano de tratamento⁴¹. Maior prevalência de carga viral indetectável e menores níveis de carga viral, têm sido associados à idade maior do que 45 anos^{42,43}, sexo feminino⁴², estado imunológico estável (indicado pela contagem de CD4 maior do que 200 células/mm³)⁴²⁻⁴⁴, e menores níveis de carga viral no início do tratamento.^{42,44-46} Por outro lado, a prevalência de carga viral indetectável tende a ser menor para esquema de tratamento incluindo apenas ITRN^{47,48}, ou história de ter usado esquema incluindo apenas ITRN⁴⁴, o que sugere que o grupo farmacológico ou o número de fármacos do esquema possam estar associados com maior prevalência de viremia indetectável. Não há evidência de associação entre estágio clínico e carga viral.^{43,44}

ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL

Conceito

A adesão pode ser definida como o cumprimento da pessoa a uma recomendação médica, seja ela uma dieta, modificação do estilo de vida ou uso dos medicamentos⁴⁹, ou, num conceito mais amplo, a adesão terapêutica pode ser entendida como a extensão com que um paciente usa os medicamentos seguindo a prescrição médica, envolve a concordância entre a prescrição médica e o comportamento adotado pelo paciente, a tomada dos medicamentos corretamente, na dose correta e no horário recomendado.⁵⁰ Quando falamos de adesão aos antirretrovirais, este conceito é ampliado porque está vinculado a um conjunto de ações, a disponibilidade de acesso aos serviços, frequência e realização de exames laboratoriais, consultas, retiradas de

medicamentos na farmácia, entre outros. É, portanto, um processo dinâmico e multifatorial contínuo.⁵⁰

Métodos para aferir a adesão

Existem vários métodos para medir a adesão, mas nenhum perfeito ou padrão-ouro. O método mais utilizado para avaliar adesão aos antirretrovirais em estudos de pesquisa é o auto-retrato dos pacientes.^{51,52} Os questionamentos diretos, embora tendam a superestimar o nível de adesão, podem produzir bons indicadores da adesão real, desde que conduzidos de modo não coercitivo, e com a garantia ao entrevistado de total sigilo e respeito pelas suas respostas. “Mais importante do que perguntar é a maneira como é formulada a pergunta”.⁵³

Outra técnica utilizada para avaliar adesão é a contagem de comprimidos.⁵⁴ Este método também pode subestimar a não-adesão, pois o paciente pode ter retirado os comprimidos do frasco e não os ter usado. A visita não programada com contagem de comprimidos na casa do paciente melhora sua confiabilidade.⁵⁵ O uso de um sistema eletrônico de memória utilizado na tampa do frasco dos medicamentos (MEMS) pode melhorar sua efetividade⁵⁶, mas ainda assim pacientes podem retirar os comprimidos (ex.: quando saem de casa) e esquecer-se de tomá-los.

O controle de níveis séricos dos fármacos não tem sido utilizado na avaliação da adesão à terapia antirretroviral devido ao alto custo, meia-vida curta de muitos fármacos⁵⁴ e não existência de metodologias adequadas para todos os antirretrovirais.

Fatores associados com adesão aos antirretrovirais

Alguns pesquisadores têm estudado a relação entre eficácia do tratamento com antirretrovirais, indicada pela dosagem de carga viral sanguínea, e a adesão a estes medicamentos. Aumentando a adesão ao tratamento antirretroviral, aumentam as chances de obter carga viral indetectável. Estudos sugerem que a carga viral diminui^{57,58}, e a prevalência de carga viral indetectável aumenta, à medida que aumentam os níveis de adesão ao tratamento antirretroviral^{38,45,59-61}, sendo em geral necessária alta adesão para alcançar a efetividade

terapêutica. Também, aumentando os níveis de adesão, aumenta a sobrevivência e qualidade de vida dos pacientes⁶²⁻⁶⁵ e diminuem os riscos de transmissão da doença.³⁹

A adesão aos antirretrovirais inibidores da protease foi monitorada durante seis meses em pacientes americanos por meio de um dispositivo “MEMS”, ou seja, monitorização eletrônica da abertura das tampas dos frascos de comprimidos⁶⁶, e 81% dos pacientes com adesão maior ou igual a 95% apresentaram carga viral indetectável. Um quarto dos pacientes com adesão entre 70 e 80%, e apenas 6% dos com adesão menor do que 70% apresentaram carga viral indetectável.

Márcia Sampaio Sá conduziu ensaio clínico randomizado (estudo 100% ADESÃO)⁶⁷ em Salvador, Brasil, com o objetivo de avaliar o impacto de uma intervenção educativa sobre a adesão aos antirretrovirais comparada a vídeos educacionais, não detectando diferença nos níveis de adesão, carga viral e CD4 entre os grupos.

Também têm sido investigadas condições socioeconômicas e de saúde e sua relação com a adesão aos antirretrovirais. Sexo feminino, uso de drogas e pacientes psiquiátricos foram fatores associados com não adesão.⁶⁸ No estudo de Paterson et al. (1998)⁶⁶, baixo nível de instrução, uso abusivo de álcool e depressão não tratada estavam associados à não-adesão.

Atitudes dos pacientes em relação ao tratamento podem influenciar a adesão. A auto-percepção da capacidade de tomar medicamentos (expectativa de auto-eficácia) foi identificada como fator preditor de adesão aos antirretrovirais.⁶⁹⁻⁷⁰ A motivação, outra dimensão das atitudes, está associada com adesão de pacientes a diversos tipos de tratamentos: alcoolismo⁷¹⁻⁷³, dependência de fumo⁷⁴, obesidade.⁷⁵ Portanto, é possível que a motivação dos pacientes para se tratar também seja importante na adesão ao tratamento com antirretrovirais.

A presença de depressão tem sido associada com não adesão aos antirretrovirais.^{66,76,77} Meta-análise de Ciesla & Roberts⁷⁸ indica que a prevalência de depressão maior é o dobro entre pessoas HIV-positivas quando comparada à população geral. Estudos realizados no Brasil mostram prevalência de depressão maior que varia de 13,3% em pacientes HIV-positivos assintomáticos⁷⁹ a 41,5% em pacientes sintomáticos em tratamento antirretroviral.⁸⁰ Também é

relatado na literatura que sintomas depressivos estão significativamente associados com descontinuação do uso dos antirretrovirais⁷⁶, e que mulheres com distúrbios do sono e sintomas depressivos apresentam baixa adesão ao tratamento.⁷⁷

Informação adequada sobre os medicamentos é o ponto mais importante para obter-se medicação segura. Quarenta e dois por cento dos pacientes não entendem as informações descritas nas embalagens dos medicamentos.⁸¹ Informação inadequada ou insuficiente é a principal causa de erro de medicação, sendo 35% dos efeitos adversos preveníveis causados por falta de informação.⁸² Quanto mais complexo o regime terapêutico, menores são os índices de adesão, talvez por dificuldade de adaptação à rotina diária ou percepção de efeitos adversos.⁸³ Fica evidente, assim, a importância de prevenir, identificar e resolver os problemas relacionados aos medicamentos (PRM) que possam surgir durante o tratamento com antirretrovirais, através da Atenção Farmacêutica.

Informações simples, curtas, não são caras, não dispensam muito tempo e trazem retorno econômico importante ao diminuir o número de erros com os medicamentos tornando a medicação mais segura. Segundo o Manual de Boas Práticas de Adesão HIV/Aids, da Sociedade Brasileira de Infectologia⁵⁰, a Assistência Farmacêutica é o momento de fornecer orientações sobre os medicamentos, uso, efeitos adversos, reforçar a importância da adesão, identificar pacientes com déficit cognitivo, dificuldade visual ou alguma outra dificuldade que possa diminuir a adesão ao tratamento, para intervir. Também deve cuidar da logística de todo o ciclo do medicamento, para que não ocorram faltas, ou seja, é preconizada uma Assistência Farmacêutica integral, na qual está inserida a Atenção Farmacêutica. Após a prescrição, no momento da dispensação, o farmacêutico deve desenvolver suas atividades inseridas no conceito de Atenção Farmacêutica, com a finalidade de ajudar na farmacoterapia⁸⁴, uma vez que a adesão está intimamente ligada à organização do serviço no qual o paciente é atendido.⁸⁵

Os principais obstáculos relatados pelos farmacêuticos para a implantação da Atenção Farmacêutica no Brasil são o vínculo empregatício, a rejeição da Atenção Farmacêutica por

gerentes e proprietários das farmácias, a insegurança e desmotivação por parte dos farmacêuticos, a falta de tempo, além da concorrência dos balconistas em busca de comissões sobre vendas. Segundo Oliveira⁸⁶, “constata-se a necessidade de estimular a atuação profissional, principalmente de acadêmicos e egressos profissionais, o que pode representar um primeiro passo ao sucesso da Atenção Farmacêutica e à abertura por parte dos empresários, uma vez que a sociedade começa a reconhecer a importância do atendimento realizado pelo farmacêutico.”

O “Guia de Atuação Farmacêutica em Pacientes com HIV/Aids” de Muñoz et al.⁸⁷, destaca que a implantação de programas de seguimento farmacoterapêutico tem demonstrado grandes benefícios para o sistema de saúde. Por um lado, é a oportunidade do farmacêutico de cumprir com sua responsabilidade assistencial, por outro, aumenta a qualidade dos serviços, o que gera satisfação dos usuários, aumenta a adesão ao tratamento, diminui gastos com hospitalizações, novos tratamentos, exames laboratoriais, etc., o que pode contribuir para aumentar a cobertura e a sustentabilidade do sistema. O maior beneficiário dos programas de seguimento é o paciente. O farmacêutico desempenha um papel importante no seguimento de pacientes com HIV/Aids, ajudando na prevenção, detecção e resolução de Problemas Relacionados aos Medicamentos, e de Problemas Relacionados com o Uso de Medicamentos.

Consequências da não adesão ao tratamento antirretroviral

A identificação o mais cedo possível da não adesão ao tratamento antirretroviral previne trocas de esquemas terapêuticos⁸⁴ por falha na resposta. A falha terapêutica é definida como a ocorrência de deterioração clínica e/ou piora dos parâmetros laboratoriais imunológicos e/ou virológicos. A ocorrência de infecção oportunista é, na maioria das vezes, indicador de falha terapêutica. Por outro lado, níveis sub-terapêuticos de antirretrovirais podem fazer com que o vírus desenvolva mutações tornando-se resistente. A falta de resposta ao esquema pode ocorrer por diferentes motivos, entre eles, adesão inadequada, presença de co-morbidades, resistência viral prévia a um ou mais agentes, absorção alterada, interações medicamentosas e potência baixa do esquema antirretroviral.³⁴ O desenvolvimento de resistência aos antirretrovirais é uma das

principais causas de falha terapêutica. Quando pressão seletiva é exercida por fármacos, variantes com mutações resistentes a eles passam a predominar e para alguns fármacos apenas uma mutação confere resistência, como por exemplo, lamivudina e ITRNN. Já para outros, como os IP, é necessário acúmulo de várias mutações para que isto ocorra.³⁹

Estudo realizado em pacientes norte-americanos, no San Francisco General Hospital (n=136), investigou a adesão aos antirretrovirais por auto-relato⁵¹, 2/3 dos pacientes que relatavam ingerir 100% dos medicamentos prescritos tinham carga viral indetectável, e somente 1/3 dos pacientes com adesão de 80% ou menor apresentavam carga viral indetectável. A análise conjunta de dados de três estudos americanos com pacientes HIV-positivos em uso de antirretrovirais⁸⁸ indicou que a falha em manter pelo menos 75% das doses dos três medicamentos prescritos está associada à perda da supressão viral.

JUSTIFICATIVA PARA O ESTUDO

A carência de estudos com poder e delineamento adequados avaliando a eficácia da Atenção Farmacêutica em HIV/Aids, particularmente no Brasil, é uma das justificativas para a realização deste ensaio clínico. Pelo exposto anteriormente, enfatizando-se a necessidade de alta adesão para atingir os resultados terapêuticos esperados, a Atenção Farmacêutica torna-se fator importantíssimo no tratamento de pacientes com HIV-Aids que fazem uso de terapia antirretroviral. A necessidade de comprovação da hipótese de que a Atenção Farmacêutica, no contexto da Assistência Farmacêutica, aumenta a adesão é outra justificativa para este estudo, já que estes pacientes necessitam maior atenção devido à complexidade do tratamento.

OBJETIVOS GERAIS

- 1- Avaliar a efetividade da Atenção Farmacêutica para aumentar a adesão ao tratamento antirretroviral.
- 2- Avaliar a efetividade da Atenção Farmacêutica para aumentar a prevalência de pacientes em tratamento com carga viral indetectável.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Comparar a taxa de adesão relatada entre o grupo que recebe Atenção Farmacêutica e o grupo controle (sob atendimento convencional);
- 2- Comparar a taxa de pacientes com carga viral indetectável entre o grupo que recebe Atenção Farmacêutica e o grupo controle (sob atendimento convencional);
- 3- Avaliar a concordância entre a aferição da adesão através do auto-relato e da medida de carga viral;
- 4- Identificar prevalência de sintomas depressivos e fatores associados;
- 5- Identificar fatores associados à adesão aos antirretrovirais;
- 6- Identificar fatores associados à carga viral indetectável;
- 7- Identificar, prevenir e resolver Problemas Relacionados com os Medicamentos (PRMs).

REFERÊNCIAS

1. Secretaria de Políticas de Saúde. Informes Técnicos Institucionais. Technical Institutional Reports. Política Nacional de Medicamentos. Rev Saúde Pública. 2000;34(2):206-9
2. Ministério da Saúde (Brasil). Resolução 338/2004. [acesso em 2006 e 10/08/2009]. Disponível em:
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resolucao_338_politica_ass_farmaceutica.pdf
3. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria Nº 204/GM DE 29 DE JANEIRO DE 2007. [acesso em 10/08/2009]. <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-204.htm>.
4. Brasil. LEI Nº 9.313, DE 13 DE NOVEMBRO DE 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/L9313.htm> [acesso em 10/08/2009] não sei como vai isso entra no link para ver
5. Ministério da Saúde (Brasil). <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS4EA469BCPTBRIE.htm> . [acesso em 10/08/2009].
6. Brodie DC, Parish PA, Poston JW. Societal needs for drugs and drug-Related services. Am J Pharm Educ. 1980; 44(3):276-78.
7. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm. 1990;47(3):533-543.
8. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). The role of the pharmacist in the health care system. Geneva: OMS; 1994. 24p. (Report of a WHO Meeting).
9. Grupo de investigación en atención farmacéutica universidad de granada. II Consenso de Granada. Atención-farmacéutica en internet. [acesso em 10/08/2009]. Disponível em: <http://www.atencion-farmaceutica.com>

10. Ivama AM, Noblat L, Castro MS, Oliveira NVBV, Jaramillo NM, Rech N. Brazilian Consensus for Pharmaceutical Care. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.
11. Mayoral JFR, Fernández JL, Rubio FJL. Estado actual de la investigación en atención farmacéutica. *Farm Hosp.* 2005;(29): 335-342.
12. Clifford RM, Davis WA, Batty KA, Davis TME. Effect of a pharmaceutical care program on vascular risk factors in type 2 diabetes: the Fremantle Diabetes Study. *Diabetes Care.* 2005; 28:771-776.
13. Kiel PJ, Mccord AD. Pharmacist impact on clinical outcomes in a diabetes disease management program via collaborative practice. *Ann. Pharmacother.* 2005; 39(11):1828-1832.
14. Castro MS, Fuchs FD, Santos MC, Maximiliano P, Gus M, Moreira LB, Ferreira MBC. Pharmaceutical Care Program for Patients With Uncontrolled Hypertension. Report of a Double-Blind Clinical Trial With Ambulatory Blood Pressure Monitoring. *Am J Hypertens.* 2006; 19:528–533.
15. Bluml, B.M.; McKenney, J.M.; Cziraky, M.J. Pharmaceutical care services and results in Project IMPACT: Hyperlipidemia. *J Am Pharm Assoc.* 2000; 40:157-65.
16. Encuesta de la situación de la atención farmacéutica en el paciente con VIH en España O. Ibarra Barrueta y L. Ortega Valín, en representación del Grupo VIH de la SEFH. *Farm Hosp.* 2008;32(3):170-7.
17. Amico KR, Harman JJ, Johnson BT. Efficacy of Antiretroviral Therapy Adherence Interventions A Research Synthesis of Trials, 1996 to 2004. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2006;41:285-297.
18. Strand LM, Cipolle RJ, Morley PC and Frakes MJ. The Impact of Pharmaceutical Care Practice on the Practitioner and the Patient in the Ambulatory Practice Setting: Twenty-five Years of Experience. *Curr Pharm Des.* 2004; 10:3987-4001.

19. Cerdá JMV, Gimeno GS, Boquet EM, Villalba EMF, Almiñana MA. Satisfacción percibida por pacientes infectados por el VIH con la unidad de atención farmacéutica a pacientes externos (UFPE). *Farm Hosp.* 2005; 29(2):134-9.
20. Mcpherson-baker S, Malow RM, Penedo F, Jones DL, Schneiderman N, Klimas NG. Enhancing adherence to combination antiretroviral therapy in non-adherent HIV-positive men. *AIDS Care.* 2000; 12(4):399-404.
21. Haddad M, Glazier RH, Wilkins AL, Urbshott GB, 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.*
22. Gloria Nichols-English and Sylvie Poirier Optimizing adherence to pharmaceutical care plans. *J Am Pharm Assoc.* 2000; 40(4).
23. Abella CC, Gallardo DA, Horcajada CM. Atención farmacêutica em pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. *Pharmaceutical Care España.* 2003; 5:146-150.
24. Geletko SM, Poulakos MN. Pharmaceutical services in an HIV clinic. *Am J Health-Syst Pharm.* 2002; 59:709-13.
25. Foisy MM, Akai PS. Pharmaceutical care for HIV patients on directly observed therapy. *Ann Pharmacothe.* 2004; 38(4):550-6.
26. Calderón HB, Santolaya PR, Pérez SC, Gómez CJJ, Luque IR. Detección de errores en la administración del tratamiento antirretroviral en pacientes externos. *Farm Hosp.* 2004;28(3):201-4.
27. Foisy MM, Tseng A, Blaikie N. Pharmacists' provision of continuity of care to patients with human immunodeficiency virus infection. *Am J Health Syst Pharm.* 1996 May; 53(9):1013-1017.
28. Colombo J. Establishing pharmaceutical care service in an HIV clinic. *J. Am Pharm Assoc (Wash).* 1997; NS37(5): 581-92, quiz 593-4.

29. Marshall BC, Cunny KA, Lawson KA. Hiv-positive males' satisfaction with pharmacy services. *J Am Pharm Assoc (Wash)*. 1997; NS37(1):66-75.
30. Yokaichiya CM. [Dissertação de mestrado] Em busca da atenção farmacêutica: um estudo sobre os fatores gratificantes e estressantes do trabalho das equipes de farmácia dos serviços municipais de DST/Aids de São Paulo. [dissertação]. São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Infecções e Saúde Pública da Coordenação dos Institutos de Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2004.
31. Portela MC, Lotrowska M. Assistência aos pacientes com HIV/Aids no Brasil Health care to HIV/AIDS patients in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(Supl):70-9.
32. Oliveira MA, Esher AFSC, Santos EM, Cosendey MAE, Luiza VL, Bermudez JA 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*. 2002 set-out;18(5):1429-1439.
33. Emmerick ICM. Abordagens metodológicas para a avaliação da qualidade da dispensação de medicamentos. [tese]. Escola Nacional de Saúde Pública Rio de Janeiro; 2004:60.
34. Ministério da Saúde Brasil. Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos Infectados pelo HIV 2008. [internet]. Brasil: Ministério da Saúde do Brasil; [acesso em Jul 12]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-891-AD36-1903553A3174%7D/%7B762E0EBF-A859-4779-8A92-704EB1F3B290%7D/consensoAdulto005c_2008montado.pdf.
35. Bartlett JG, Gallant JE. Medical management of HIV infection. Baltimore, MA: Johns Hopkins University Press, 2005.
36. Ministério da Saúde (Brasil), Programa Nacional de DST/AIDS. Inserção da Assistência Farmacêutica na Política de Acesso Universal à Terapia Antirretroviral Programa Nacional de DST/Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

37. Gallant JE. Approach to the treatment-experienced patient. *Infect Dis Clin N Am*. 2007;2185-102.
38. Silveira MPT, Draschler ML, Leite JCC, Pinheiro CAT, Silveira VL. Predictors of undetectable plasma viral load in HIV-positive adults receiving antiretroviral therapy in southern brazil. *Braz J Infect Dis*. 2002;6(4):164-171.
39. Rashid M, Schechter M. *Manual de HIV/AIDS*. Rio de Janeiro, Br: Revinter, 9 ed, 2008.
40. Roca B, Gómez CJ, Arnedo A. Adherence, side effects and efficacy of stavudine plus lamivudine in treatment-experienced HIV-infected patients. *J Infect*. 2000;41:50-4.
41. Yerly S, Kaiser L, Perneger TV, Cone RW, Opravil M, Chave JP, Furrer H, Hirschel B, Perrin L. Time of initiation of antiretroviral therapy: impact on HIV-1 viraemia. *AIDS*. 2000;14:243-9.
42. Valdez H, Lederman MM, Wolley I, Walker CJ, Vernon LT, Hise A, Gripshover BM. Human immunodeficiency virus 1 protease inhibitors in clinical practice. *Arch Intern Med*. 1999;159:1771-6.
43. Grabar S, Pradier C, Le Corfec E, Lancar R, Allavena C, Bentata M, Berlureau P, Dupont C, Fabbro-Peray P, Poizot-Martin I, Costagliola D. Factors associated with clinical and virological failure in patients receiving a triple therapy including a protease inhibitor. *AIDS*. 2000;14:141-9.
44. Paris D, Ledergerber B, Weber R, Jost J, Flepp M, Opravil M, Rued C, Zimmerli S. Incidence and predictors of virologic failure of antiretroviral triple-drug therapy in a community-based cohort. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 1999;15:1631-8.
45. Paterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C, Wagener MM, Singh N. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med*. 2000;133:21-30.
46. Paredes R, Puig T, Arno A, Negredo E, Balague M, Bonjoch A, Jou A, Tuldra A, Tural C, Sirera G, Veny A, Romeu J, Ruiz L, Clotet B. High-dose saquinavir plus ritonavir: long-

- term efficacy in HIV-positive protease inhibitor-experienced patients and predictors of virologic response. *JAIDS*. 1999;22:132-8.
47. Muir D, White D, King J, Verlander N, Pillay D. Predictive value of the ultrasensitive HIV viral load assay in clinical practice. *J Med Virol*. 2000;61:411-6.
48. Garcia F, Alonso MM, Romeu J, Knobel H, Arrizabalaga J, Ferrer E, Dalmau D, Ruiz I, Vidal F, Frances A, Segura F, Gomez-Sirvent JL, Cruceta A, Clotet B, Pumarola T, Gallart T, O'Brien WA, Miro JM, Gatell JM. Comparison of immunologic restoration and virologic response in plasma, tonsillar tissue, and cerebrospinal fluid in HIV-1 infected patients treated with double versus triple antiretroviral therapy in very early stages: The Spanish EARTH-2 Study. *JAIDS*. 2000;25(1):26-35.
49. Manual de Adesão-2008. [internet]. [acesso em 10/08/2009] Disponível em: http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7BBC1B2A7A-55A2-47B3-9856-AAFAB6BD1D1A%7D/Manual%20de%20adesao_web.pdf.
50. Caraciolo JMM, Silva MH, Waghabi GR, Abrão VM, et al. Manual Boas Práticas De Adesão HIV/AIDS.- Sociedade Brasileira de Infectologia, 2008.
51. Chesney M. Adherence or Effective Medical Therapy. University of California: San Francisco, 1998.
52. Shelton MJ, Esch LD, Hewitt RG, Cousins S, Morse GD. The impact of patient-reported adherence with antiretroviral therapy on virology response. 38th ICAAC, San Diego, 1998.
53. Steele DJ, Jackson TC, Gutmann MC. Have You Been Taking Yours Pills? The adherence-Monitoring Sequence in Medical Interview, In: *J Fam Pract* 1990;30(3):294-299.
54. Wright, E.C. Non-Compliance or how many aunts has matilda?. *Lancet*. 1993;342(8876):909-913.

55. Barker R, Bartlet E, Golden A, Barker LR, Burton JR, Zieve PD. Principles of Ambulatory Medicine. Williams & Wilkins: Baltimore. 1995;43-45.
56. Paterson DL, Swindels S, Mohr J, Brester MK, Vergis EN, Squier C, Wagenrer MM, Singh N. How much adherence is enough. A preparative study of adherence to protease inhibitor therapy using Mems Caps. 6th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections: Chicago, 1999.
57. Gifford AL, Bormann JE, Shively MJ, Wright BC, Richman DD, Bozzette SA. Predictors of self-reported adherence and plasma HIV concentrations in patients on multidrug antiretroviral regimens. JAIDS. 2000;23:286-95.
58. Haubrich RH, Little SJ, Currier JS, Forthal DN, Kemper CA, Beall GN, Johnson D, Dube MP, Hwang JY, McCutchan JA. The value of patient-reported adherence to antiretroviral therapy in predicting virologic and immunologic response. AIDS.1999;13:1099-1107.
59. Bangsberg DR, Hecht FM, Charlebois ED, Zolopa AR, Holodniy M, Sheiner L, Bamberger JD, Chesney MA, Moss A. Adherence to protease inhibitors, HIV-1 viral load, and development of drug resistance in an indigent population. AIDS. 2000;14:357-66.
60. Tuldrá A, Fumaz CR, Ferrer MJ, Bayes R, Arno A, Balague M, Bonjoch A, Jou A, Negredo E, Paredes R, Ruiz L, Romeu J, Sirera G, Tural C, Burger D, Clotet B. Prospective randomized two-arm controlled study to determine the efficacy of a specific intervention to improve long-term adherence to highly active antiretroviral therapy. JAIDS.2000;25:221-8.
61. Kleeberger CA, Phair JP, Strathdee AS, Detels R, Kingsley L, Jacobson LP. Determinants of heterogeneous adherence to HIV-antiretroviral therapies in the multicenter AIDS cohort study. JAIDS. 2001;26:82-92.
62. Palella FJ, Delaney KM, Moorman AC, Loveless MO, Fuhrer J, Satten GA, Aschman DJ, Holmberg SD. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. N Engl J Med. 1998;338:853-60.

63. Center for Disease Control and Prevention. Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescent and adults. *MMWR*. 1993;41:1-19.
64. Mocroft A, Vella S, Benfield TL, Chiesi A, Miller V, Gargalianos P, D'arminio MA, Yust I, Bruun JN, Phillips AN, Lundgren JD. Changing patterns of mortality across Europe in patients infected with HIV-1. *Lancet*. 1998;352:1725-30.
65. Hogg RS, Heath KV, Yip B, Craib KJ, O'shaughnessy MV, Schechter MT, Montaner JS. Improved survival among HIV-infected individuals following initiation of antiretroviral therapy. *JAMA*. 1998;279:450-4.
66. Paterson DL, Swindels S, Mohr J, Brester MK, Vergis EN, Squier C, Wagenrer MM, Singh N. Adherence with protease inhibitor therapy for human immunodeficiency virus infection. 38th ICAAC, San Diego, 1998.
67. Sampaio Sa M, Shafer KP, Bangsberg DR, Evans J, Dourado ML, Teixeira C, Netto EM, Brites C. 100% Adherence Study: Educational Workshops vs. Video Sessions to Improve Adherence Among ART-Naive Patients in Salvador, Brazil. *AIDS Behav*. 2008;12:S54-S62.
68. Velasco AA, Suberviola MLS, Esteban EMA, Sanz AII, Lecumberri VN. Factores relacionados con la adherencia en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Farm Hosp*. 2009;33(1):4-11.
69. Eldred LJ, Wu AW, Chaisson RE, Moore RD. Adherence to antiretroviral and *Pneumocystis* prophylaxis in HIV disease. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*. 1998;18:117-125.
70. Pinheiro CAT, Leite JCC, Draschler ML, Silveira VL. Factors associated with adherence to antiretroviral therapy in HIV/AIDS patients: a cross-sectional study in Southern Brazil. *Braz J Med Biol Res*. 2002;35(10):1173-81.

71. Leite, JCC. Patients' expectations about the treatment for alcohol related problems in the process of dropout: A two-months follow-up study on predisposing factors to dropout among subjects beginning treatment, London, UK. Tese de PhD, Universidade de Londres, 1998.
72. Rollnick S, Heather N, Gold R, Hall W. Development of a short 'readiness to change' questionnaire for use in brief opportunistic interventions among excessive drinkers. *Br J Addict.*1992;87:743-754.
73. Davidson R, Rollnick S, Macewan I. (Eds.) *Counselling Problem Drinkers.* Routledge: London, 1991.
74. Di Clemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK, Velicer W, Velasquez MM, Rossi JS. The process of smoking cessation: an analysis of the precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *J Consult Clin Psychol.* 1991;59:295-304.
75. Prochaska JO, Norcross JC, Fowler JL. Attendance And Outcome In A Work Site Weight Control Program: Process And Stages As Process And Predictors Variables. *Addict Behav.* 1992b;17:35-45.
76. Kim TW, Palepu A, Cheng DM, Libman H, Saitz R, Samet JH. Factors associated with discontinuation of antiretroviral therapy in HIV-infected patients with alcohol problems. *AIDS Care.* 2007;19(8):1039–1047.
77. Phillips KD, Moneyham L, Murdaugh C, Boyd MR, Tavakoli A, Jackson K, et al. Sleep disturbance and depression as barriers to adherence. *Clinical Nursing Research.* 2005;14(3):273–293.
78. Ciesla JA, Roberts JE. Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *Am J Psychiatry.* 2001;158(95):725-30.
79. Mello VA, Malbergier A. Depression in women infected with HIV. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28(1):10–17.

80. Campos LN, Bonolo PF, Guimarães MDC. Anxiety and depression assessment prior to initiating antiretroviral treatment in Brazil. *AIDS Care*. 2006;18(6):529–536.
81. Williams MV, Parker RM, Baker DW, et al. Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *JAMA*. 1995;274(21):1677-1682.
82. Leape LL, Bates DW, Cullen DJ, et al. Systems analysis of adverse drug events. *JAMA*. 1995;274(1):35-43.
83. Silveira VL, Drachler ML, Leite JCC, Pinheiro CAT. Characteristics of HIV antiretroviral regimen and treatment adherence. *Braz J Infect Dis*. 2003;7(3):194-201.
84. Codina C, Martín MT, Ibarra O. La infección por el virus de la Inmudeficiencia Humana. *Farm Hosp*. Capítulo 21:1512. [acesso em 2009] disponível em: <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/ftomo2/CAP21.pdf>
85. Nemes MIB, Carvalho HB, Souza MFM. Antiretroviral therapy adherence in Brazil. *AIDS*. 2004;18(suppl3):15-20.
86. Oliveira AB, Oyakawa CN, Miguel MD, Zanin SMW, Montrucchio DP. Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil. *Braz. J. Pharm. Sci*. 2005 out-dez;41(4).
87. Muñoz PA, Alzate NAG, Ortega ESH. Guia de actuación farmacéutica em pacientes com VIH/SIDA. 2006. [acesso em 10/08/2009] Disponível em: http://www.ugr.es/~cts131/esp/guias/GUIA_PACIENTES_VIHSIDA.pdf
88. Montaner JSG, Raboud JM, Era S. Adherence to tratament increases duration of virologic supression. 38th ICAAC, São Diego, 1998.

ARTIGOS

CONSIDERAÇÕES GERAIS

O objetivo principal deste trabalho foi avaliar a efetividade da Atenção Farmacêutica sobre o aumento da adesão aos antirretrovirais. Contudo, nossa hipótese de que a Atenção Farmacêutica aumentaria a adesão ao tratamento não foi confirmada, uma vez que o pequeno aumento observado não foi estatisticamente significativo. Porém, houve expressivo número de PRMs detectados e resolvidos e a Atenção Farmacêutica contribuiu para a redução dos erros de medicação e reações adversas.

Estudos demonstram que a Atenção Farmacêutica pode promover melhor controle da doença devido ao maior conhecimento dos pacientes em relação aos medicamentos e melhor comunicação entre a equipe de saúde, maior organização dos serviços e maior identidade do profissional farmacêutico. Como não aferimos este aspecto, temos apenas a percepção de que melhorou com a Atenção Farmacêutica. Os pacientes se demonstraram receptivos ao acompanhamento e parecem ter gostado muito do trabalho desenvolvido. Por outro lado, os médicos também aprovaram e gostaram do acompanhamento.

A elevada adesão ao tratamento no início do estudo é um fator que poderia explicar o resultado negativo observado. Possivelmente, esta característica prende-se ao fato de ter sido realizada amostragem de conveniência. Provavelmente, os pacientes que frequentam regularmente o serviço são mais aderentes ao tratamento, não representando aqueles que mais se beneficiariam com a intervenção, uma vez que estudos têm demonstrado que os pacientes mais beneficiados com o serviço de Atenção Farmacêutica são aqueles com problemas de adesão. Assim, como perspectiva para futuras pesquisas sugere-se a realização de ensaio clínico para avaliar a eficácia da Atenção Farmacêutica em aumentar a adesão incluindo apenas pacientes não aderentes ao tratamento.

Acredita-se que, através da Atenção Farmacêutica, seja possível promover o uso racional de medicamentos e aprimorar os critérios de utilização destes. A equipe de saúde, na maioria das situações, desconhece o potencial do farmacêutico. É importante demonstrar a atuação do

profissional farmacêutico também na promoção da Atenção Farmacêutica, aumentando assim a qualificação do serviço.

Os dados coletados nesta tese darão origem a artigos adicionais, explorando aspectos da evolução da carga viral e do CD4 em pacientes em tratamento antirretroviral, motivos de não adesão aos antirretrovirais, problemas de saúde relatados pelos pacientes e medicamentos usados e um manual sobre Atenção Farmacêutica para pacientes com HIV/Aids. Gostaríamos de sensibilizar as autoridades de saúde para incorporar nos treinamentos dos farmacêuticos que trabalham na dispensação dos antirretrovirais, treinamento em Atenção Farmacêutica.

ANEXOS

[Digite texto]

ANEXOS DO PROJETO DE PESQUISA

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA SOBRE A
ADESÃO DE PACIENTES HIV-POSITIVOS À TERAPIA ANTI-RETROVIRAL**

APRESENTADO À FACULDADE DE MEDICINA DA UFRGS – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS MÉDICAS - DOUTORADO

Marysabel Pinto Telis Silveira

Orientadora: Profa. Dra. Leila Beltrami Moreira

Consentimento informado

Concordo em participar de uma pesquisa sobre o uso de remédios para pessoas portadores do vírus HIV, que é o vírus da AIDS. Esta pesquisa consiste de uma entrevista onde vou responder perguntas gerais, perguntas sobre como uso a medicação para o vírus HIV, e minha opinião sobre usar estes remédios. Os questionários serão identificados apenas por números, meu nome não estará escrito no questionário. O que eu falar será confidencial e tratado com sigilo. As informações do questionário serão usadas somente para esta pesquisa, que pretende conhecer a opinião dos pacientes sobre o tratamento, e ajudá-los a tomar corretamente a medicação. Sei que meu tratamento não será prejudicado se eu não participar da pesquisa ou desistir de responder o questionário.

Haverá dois grupos na pesquisa, um controle e outro de intervenção, e os pacientes serão sorteados para um grupo ou outro. Os que ficarem no grupo controle responderão a questionários sócio-demográfico, de medida de adesão aos anti-retrovirais por auto-relato, de medida de auto-eficácia, expectativa de resultados e apoio social na primeira entrevista, e após 6 meses. A cada 3 meses será medida a adesão aos anti-retrovirais por um período de um ano. O grupo de intervenção além de responder a todos estes questionários nas mesmas datas, receberá todo mês quando for buscar a medicação, serviço de orientação e controle de profissional farmacêutico, denominado de atenção farmacêutica.

Nome do paciente.....

Assinatura ou impressão digital do paciente.....

Nome do entrevistador.....

Data / /

Coordenadores:

Marysabel Pinto Telis Silveira

Cezar Arthur Tavares Pinheiro

[Digite texto]

CHECAGEM PÓS-INTERVENÇÃO

Após cada intervenção de atenção farmacêutica o gestor deverá responder, com sinceridade, às seguintes perguntas:

NOME DO PACIENTE: _____ REG _____

PRONTUÁRIO _____ DATA ____/____/____

NOME DO GESTOR: _____

QUESTIONÁRIO:

- 1- Perguntou se o paciente entendeu a prescrição? SIM _____ NÃO _____
- 2- Solicitou ao paciente que repetisse a prescrição? SIM _____ NÃO _____
- 3- Foi entregue a carteirinha ao paciente? SIM _____ NÃO _____
- 4- Repetiu a prescrição mostrando a carteirinha e os medicamentos? SIM _____ NÃO _____
- 5- Os medicamentos entregues estavam devidamente rotulados? SIM _____ NÃO _____
- 6- Entregou ao paciente a cartilha sobre a importância de usar corretamente a medicação e conversou com ele sobre o assunto? SIM _____ NÃO _____
- 7- Informou oralmente os prováveis efeitos colaterais de cada medicação? SIM _____ NÃO _____
- 8- Ofereceu auxílio através do telefone da farmácia ou na própria farmácia caso surjam efeitos colaterais? SIM _____ NÃO _____
- 9- O paciente sabia como usar a medicação antes de sua intervenção? SIM _____ NÃO _____

1-Questionário sócio-demográfico

Prontuário _____ Registro _____ Sexo (1) masculino (2) Feminino Data da última consulta no SAE- ____/____/____	Pront _____ Reg _____ SEXO _____ datult ____/____/____
Seção A Informações Gerais A1 -Data da entrevista: ____/____/____ A2 -Local da entrevista: (1) casa do paciente (2) SAE (3) outros _____ A3 -Quantos anos você tem ? () A4 -Sabe ler? (0) não (1) sim A5 -Até que série estudou? _____ (anotar série e grau) Completo u essa série () não () sim A6 -Você (o Sr/Sra) mora (ler todas alternativas): (1) Em casa ou apartamento (2) Albergue ou instituição Qual? _____ (3) Na rua A7 - Você (o Sr/Sra) mora : (ler todas as alternativas): (1)com familiares ou companheiros (2) com amigos (3) sozinho Você(o Sr/Sra) ou alguma das pessoas que moram contigo recebe dinheiro por trabalho, aposentadoria ou pensão? Quanto cada um ganhou neste último mês ? Paciente -----renda-----.(R)---(sal min) pessoa 1-----renda-----.(R)---(sal min) pessoa 2-----renda-----.(R)---(sal min) pessoa 3-----renda-----.(R)---(sal min) pessoa 4-----renda-----.(R)---(sal min) A8 -Você (o Sr/Sra)está encostado, aposentado ou recebe algum benefício do INPS, IPE, PENSÃO ? (0) não (1) sim A9 Neste último mês : (ler todas alternativas) (1)Trabalhou como empregado (2)trabalhou em negócio próprio (3)trabalhou quando aparecia um biscoite (4)não trabalhou A10 - Você (o Sr/Sra) é portador do vírus da AIDS ? (1) Sim, sou (2) Acho que sim (3) Acho que não (4) Não (5) Não sei A11 - O seu médico lhe receitou remédios para o vírus da AIDS ? (1) Sim (2) Não (3) Não sei ATENÇÃO - Se a resposta das duas últimas perguntas for diferente de (sim-1) pergunte: Qual o problema de saúde que você (o Sr/Sra) está tratando no SAE?	Datent ____/____/____ local _____ Idade _____ ler _____ estudo _____ OndeMora _____ Moracom _____ Rendaf _____ Bene _____ Trab _____ Faltacon _____ Port _____ RemHIV _____

PRIMEIRA ENTREVISTA E ENTREVISTAS DE RETORNO (90 ,180 270, 360 dias)

PRONT _____ REG _____ DATA ____/____/____ Circular na planília o horário da entrevista na coluna ontem. Perguntar: Agora vamos conversar sobre o teu dia e sobre os remédios para o vírus da AIDS que Sr\Sra recebe aqui no SAE.

Hora	Três dias atrás (dia da semana)	Hora	Anteontem (dia da semana)	Hora	Ontem (dia da semana)
0-1		0-1		0-1	
1-2		1-2		1-2	
2-3		2-3		2-3	
3-4		3-4		3-4	
4-5		4-5		4-5	
5-6		5-6		5-6	
6-7		6-7		6-7	
7-8		7-8		7-8	
8-9		8-9		8-9	
9-10		9-10		9-10	
10-11		10-11		10-11	
11-12		11-12		11-12	
12-13		12-13		12-13	
13-14		13-14		13-14	
14-15		14-15		14-15	
15-16		15-16		15-16	
16-17		16-17		16-17	
17-18		17-18		17-18	
18-19		18-19		18-19	
19-20		19-20		19-20	
20-21		20-21		20-21	
21-22		21-22		21-22	
22-23		22-23		22-23	
23-24		23-24		23-24	

Iniciar
por
este
lado

CÁLCULO DA ADESÃO _____%

[Digite texto]

PRIMEIRA ENTREVISTA E ENTREVISTAS DE RETORNO (90 ,180 270, 360 dias)

Número do prontuário- _____	Esquema anti-retroviral _____
Registro _____	Entrevista _____ Data- ___/___/___

SE VOCÊ ESQUECEU ALGUMA DOSE DAS MEDICAÇÕES NOS ÚLTIMOS DIAS ESCREVA ou DIGA O NÚMERO DE DOSES QUE ESQUECEU:

Nome dos remédios	ontem	Antes de ontem	Três dias atrás	Quatro dias atrás
	doses	doses	doses	doses
	doses	doses	doses	doses
	doses	doses	doses	doses
	doses	doses	doses	doses
	doses	doses	doses	doses
	doses	doses	doses	Doses
	doses	doses	doses	Doses

1-Nos últimos quatro dias em quantos dias você esqueceu de tomar todas as dose?

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

Esq1

2-Você segue as recomendações de usar as medicações no número de vezes e nos horários que seu médico orienta?

- (1) Nunca
 (2) Algumas vezes
 (3) Na metade das vezes
 (4) Na maiorias das vezes
 (5) Sempre

ESQ2

3-Algumas das medicações que você usa tem recomendações especiais como tomar com alimentos ou com o estomago vazio ou com líquidos?

- (1) sim (2) não

4-Se a resposta for sim, você segue estas recomendações?

- (1) Nunca
 (2) Algumas vezes
 (3) Na metade das vezes
 (4) Na maiorias das vezes
 (5) Sempre

ESQ3

5-Algumas pessoas esquecem de tomar as medicações nos finais de semana. Você esqueceu de tomar alguma dose no último final de semana?

- (1) sim
 (2) não

ESQ4

6-Qual foi a última vez que você esqueceu de tomar alguma das medicações?

- (1) na última semana
 (2) 1-2 semanas atrás
 (3) 2-4 semanas atrás
 (4) 1-3 meses atrás
 (5) nunca

ESQ5

PRIMEIRA ENTREVISTA E ENTREVISTAS DE RETORNO (180, 360 dias)

PRONT _____	REG _____	DATA ____/____/____
-------------	-----------	---------------------

Não vou tomar	Acho que não vou tomar	Não sei	Acho que vou tomar	Com certeza vou tomar
----------------------	-------------------------------	----------------	---------------------------	------------------------------

Seu/Dona **, têm pessoas que, em algumas situações, não tomam os remédios da AIDS como diz na receita. Diga apontando aqui (régua amarela) Qual a certeza de que, desde hoje até a próxima consulta, o Sr/Sra vai tomar os remédios da AIDS como diz na receita nas seguintes situações:**

	Nao vou tomar	Acho que nao vou tomar	Não sei	Acho que vou tomar	Com certeza vou tomar		
Se eu estiver bem de saúde.	NV	ANV	NS	AV	V	AE 1	
Se o vírus no meu sangue estiver tão pouco que ele não aparece no exame de carga viral.	NV	ANV	NS	AV	V	AE 2	
Se eu estiver aborrecido e me sentindo pra baixo.	NV	ANV	NS	AV	V	AE 3	
Se eu for discriminado ou rejeitado.	NV	ANV	NS	AV	V	AE 4	
Se eu estiver ocupado ou me divertindo na hora de tomar.	NV	ANV	NS	AV	V	AE 5	
Se eu estiver em viagem de passeio ou de trabalho.	NV	ANV	NS	AV	V	AE 6	
Se eu estiver na rua.	NV	ANV	NS	AV	V	AE 7	
Se eu estiver me sentindo doente.	NV	ANV	NS	AV	V	AE 8	
Se eu estiver com alguém que eu não quero que saiba que eu sou portador do vírus da AIDS	NV	ANV	NS	AV	V	AE 9	
Se eu tiver que tomar muitos comprimidos.	NV	ANV	NS	AV	V	AE 10	
Se eu estiver nervoso ou irritado.	NV	ANV	NS	AV	V	AE 11	
Se eu tiver que tomar remédios varias vezes por dia.	NV	ANV	NS	AV	V	AE 12	
Se eu estiver com pessoas estranhas.	NV	ANV	NS	AV	V	AE 13	
Se o remédio for difícil de engolir.	NV	ANV	NS	AV	V	AE 14	
Se for feriado ou final de semana	NV	ANV	NS	AV	V	AE 16	
Se eu tiver que mudar meu horário de comer ou dormir.	NV	ANV	NS	AV	V	AE 15	
Se o remédio tiver gosto ruim ou cheiro forte.	NV	ANV	NS	AV	V	AE 16	
Se eu estiver fazendo coisas fora da minha rotina.	NV	ANV	NS	AV	V	AE 17	
Se eu estiver com alguém que acha bobagem eu tomar esses remédios.	NV	ANV	NS	AV	V	AE 18	
Se os remédios estiverem me causando algum efeito ruim.	NV	ANV	NS	AV	V	AE19	
Se mudar muito o médico que me atende.	NV	ANV	NS	AV	V	AE20	
Se for a uma festa e eu quiser beber	NV	ANV	NS	AV	V	AE 21	

[Digite texto]

PRIMEIRA ENTREVISTA

PRONT _____		REG _____		DATA ____/____/____	
Discordo totalmente	Discordo	Não sei	Concordo	Concordo totalmente	

Por favor me diga, apontando aqui, (régua) o quanto o Sr./Sra. concorda ou discorda com o seguinte.

Me sinto bem quando estou com outras pessoas	DT	D	NS	C	CT	B1	
Eu ando aborrecido e me sentindo pra baixo	DT	D	NS	C	CT	B2	
Eu me sinto bem de saúde	DT	D	NS	C	CT	B3	
Eu ando nervoso e irritado	DT	D	NS	C	CT	B4	
Eu tenho dormido mal	DT	D	NS	C	CT	B5	
As medicações vão fazer bem para minha saúde?	DT	D	NS	C	CT	Ex1	
Se não tomar a medicação exatamente como prescrita, o vírus da AIDS no meu corpo ficará resistente aos remédios?	DT	D	NS	C	CT	Ex2	

Agora vamos falar sobre o apoio que você recebe das outras pessoas. Responda conforme as régua:

Quanto você está satisfeito com o apoio de seus familiares e amigos?	MIS	I	S	MS	S1	
Quanto estou satisfeito com o apoio que recebo do SAE	MIS	I	S	MS	S2	

Muito insatisfeito	insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
---------------------------	---------------------	-------------------	-------------------------

1-Escolaridade em anos de estudo _____	Escol _____
2-Durante as últimas 4 semanas quantas vezes tomou bebidas contendo álcool? (1) Todos os dias (2) Ao menos uma vez por semana (3) Menos de uma vez por semana (4) nunca (9) IGN	Allc _____
3- Durante as últimas 4 semanas quantas vezes usou drogas injetáveis? (1) Todos os dias (2) Ao menos uma vez por semana (3) Menos de uma vez por semana (4) nunca (9) IGN	Droinj4s _____
3- Uso de drogas injetáveis (nos últimos 3 meses) 1- sim 2- não	UDI3m _____
4- Último CD4 antes do tratamento _____ Data ____/____/____	CD4a _____ DatCDa ____/____/____
5- Última CV antes do tratamento _____ log10 Data ____/____/____	Cva _____ Datcva ____/____/____

[Digite texto]

ENTREVISTAS DE RETORNO (180, 360 dias)

PRONT _____	REG _____	ENTREVISTA _____	DATA ____/____/____
-------------	-----------	------------------	---------------------

Por favor, responda as questões abaixo marcando a resposta que você acha melhor:

a) QUAL A CERTEZA QUE VOCÊ TEM:

	Não tenho nenhuma certeza	Tenho pouca certeza	Estou certo	Tenho certeza absoluta		
Que você será capaz de tomar toda ou a maioria dos remédios prescritos?					SE1	
Que as medicações vão fazer bem para sua saúde?					SE2	
Que se não tomar a medicação exatamente como prescrita, o vírus da AIDS no seu corpo ficará resistente aos remédios?					SE3	

b) AS PERGUNTAS ABAIXO SÃO SOBRE O APOIO QUE VOCÊ RECEBE:

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito		
O quanto você está satisfeito com o apoio dos seus amigos e familiares?					AS1	
O quanto você está satisfeito com o apoio do SAE?					AS2	

	Não ajudam	Um pouco	Bastante	Muito		
O quanto os seus amigos ou familiares ajudam você a tomar sua medicação					AS3	

Responda em uma escala de 0 a 4 o quanto seus amigos ou sua família ajudam você a tomar seus remédios para AIDS:

0	1	2	3	4	AS4	
----------	----------	----------	----------	----------	------------	--

[Digite texto]

ENTREVISTAS DE RETORNO (90, 180, 270, 360 dias)

PRONT _____ REG _____ ENTREVISTA _____ DATA ____/____/____

As pessoas esquecem de tomar suas medicações por várias razões, temos uma lista das possíveis razões que podem ter levado você a esquecer de tomar seus remédios no último mês.

SE VOCÊ NÃO TOMOU nenhuma medicação no último mês marcar um X no quadrado e não responda os itens seguintes. 1- Tomou 2- não tomou

NT

No último mês você esqueceu de tomar medicação porque:

Os remédios estavam causando algum efeito ruim	E1	
Mudou muito o médico que atendia	E2	
Esteve com alguém que não queria que soubesse que era portador do vírus da AIDS	E3	
Estava na rua	E4	
Estava ocupado ou me divertindo na hora de tomar a medicação	E5	
Estava aborrecido, sentindo-se para baixo.	E6	
Estava nervoso ou irritado	E7	
Estava com pessoas estranhas	E8	
Tinha que tomar muitos comprimidos	E9	
O vírus no sangue estava tão pouco que não aparecia no exame de carga viral (indetectável)	E10	
Estava fazendo coisas fora da rotina	E11	
Tinha que tomar remédios várias vezes ao dia	E12	
O remédio tinha cheiro ou gosto ruim ou forte	E13	

Réguas usadas para auxiliar uso das escalas

1-Régua verde

Usar nas escalas para medir expectativas de resultados do seguimento da prescrição anti-retroviral (3), escala para medir apoio social percebido (5) e escala para medir percepção de afetos negativos e estados fisiológicos negativos (6).

Discordo totalmente	Discordo	Não sei	Concordo	Concordo totalmente
----------------------------	-----------------	----------------	-----------------	----------------------------

2-Régua amarela

Usar na escala para medir expectativa de auto-eficácia para tomar medicação.

Não vou tomar	Acho que não vou tomar	Não sei	Acho que vou tomar	Com certeza vou tomar
----------------------	-------------------------------	----------------	---------------------------	------------------------------

PRONT _____

REG _____

DATA __/__/__

ESQUEMA _____

ENTRE _____

PLANILHA PARA CALCULAR A % DE ADESÃO

ENTREVISTA: 0 90 180 270 360 dias

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		Total
AZT3D													AZT3D	
ddI3D Lopr 3D													ddI3D Lopr3D	
Saq3D													saq3D	
lami3D													lami3D	
d4t3D													d4t3D	
Ind3D													Ind3D	
Rtc3D													Rtc3D	
Rtl3D													Rtl3D	
Amp3D													Amp3D	
Nelf3D													Nelf3D	
Nev3D													Nev3D	
Efa3D													Efa3D	
T-203D													T-203D	
ATV3D Tipr3D													ATV3D Tipr3D	
TDF3D													TDF3D	
Biov3D													Biov3D	
ABC3D													ABC3D	
Fos3D													Fos3D	
Tot3D													Tot3D	

AZT- zidovudina

ddI- didanosina, Videx

ddC- zalcitabina

Lami- lamivudina, Epivir

Rtl Ritonavir líquido, Norvir

Saq- saquinavir, Invirase

Rtc- ritonavir comprimido, Norvir

Nev- nevirapina, Viramune

Efa- efavirenz, Stocrin

Ind- indinavir, Crixivan

Biov- Biovir, Lamivudina+zidovudina

Amp- amprenavir

T-20- enfuvirtida

ATV- atazanavir

TDF- tenofovir

Nelf- nelfinavir

Tipr- tipranavir

Fos- fosamprenavir

ABC- abacavir

[Digite texto]

Nome do paciente: _____	pront _____
Número do prontuário: _____	
Registro _____	registro _____
Esquema anti-retroviral em uso: _____ N° _____	Esquso _____
Grupos de Fármacos em uso: ITRN ITRNN IP ANTR IF	Gfarm _____
Trocas de esquemas _____	Trocaesq _____
Número de drogas _____	Ndrogas _____
(Estado imunológico atual) Ultimo CD4: _____	cd4at _____
DATA ___/___/___	Dcd4at ___/___/___
Carga viral anterior à medida de adesão _____ log _____	cvant _____
DATA ___/___/___	Dcvant ___/___/___
Estágio Clínico: A _____ B _____ C _____	Estclin _____
Carga viral final(posterior à medida de adesão) _____ log _____	cvfin _____
DATA ___/___/___	Dcvfin ___/___/___
Tempo de tratamento _____	Ttrat _____
Cálculo da adesão _____	Ade _____
Data da entrevista _____/_____/_____	
Número de comprimidos de ARV/dia _____	
Ncpdia _____	
Uso de antidepressivos (0) Não (1) Sim	
Antidep _____	
Tempo da entrevista: 0 90 180 270 360	
Tentrev _____	

[Digite texto]

Problemas Relacionados aos Medicamentos segundo o Consenso de Granada

PRMs

RELACIONADO COM A NECESSIDADE

PRM 1 - O paciente não usa um medicamento que necessita

PRM 2 - O paciente usa um medicamento que não necessita

RELACIONADO COM A EFETIVIDADE

PRM 3 – Não efetividade não relacionada a problemas quantitativos (dose, intervalo, interação, etc)

PRM 4 – Não efetividade relacionada a problemas quantitativos (dose, intervalo, interação, etc)

RELACIONADO COM A SEGURANÇA

PRM 5- Não segurança pode ser por problemas quantitativos (dose, intervalo, interação, etc)

PRM 6 – Não segurança não seja por problemas quantitativos (dose,intervalo, interação, etc)

Identificar se o pacientes apresenta algum PRM. PRM_____ S ___ N___

Data da identificação do PRM ___/___/___ DidPRM___/___/___

Descrever a forma de soluçona-lo.

Foi solucionado PRMsol S_____ N_____ PRMsol

Data que foi solucionado DsolPRM ___/___/___

Quantas vezes houve que intervir para soluçona-lo _____ Ninterv

O paciente soube explicar a prescrição a primeira vez que lhe foi perguntado?
Soubeexp

1- Sim 2- Não

[Digite texto]

PRONT _____
 DATA ____/____/____

REG _____

Tempo da entrevista: 0 90 180 270 360

O Sr(a) Fuma (0) Não (1) Sim Fumo _____

Caso sim, que quantidade de cigarros por dia nos últimos 30 dias Qcigdia _____

Alguma vez o Sr(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida, ou parar de beber? (0) Não Sim Cage1

As pessoas o(a) aborrecem porque criticam seu modo de beber?
 (0) Não (1) Sim Cage2

O Sr(a) se sente culpado pela maneira com que costuma beber?
 (0) Não (1) Sim Cage3

O Sr(a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?
 (0) Não (1) Sim Cage4

Prontuário: _____ Registro: _____ Data: ___/___/_____

Tempo:

0	30	60	90	120	150	180	210	240	270	300	330	360
---	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (**0, 1, 2 ou 3**) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações em um grupo parecem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
 - 1 Eu me sinto triste.
 - 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto.
 - 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
 - 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
 - 2 Acho que nada tenho a esperar.
 - 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto um fracasso.
 - 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
 - 2 Quando olho para atrás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
 - 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
 - 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
 - 2 Não encontro prazer real em mais nada.
 - 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

[Digite texto]

5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
 - 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
 - 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
 - 3 Eu me sinto sempre culpado.

6. 0 Não acho que esteja sendo punido.
 - 1 Acho que posso ser punido.
 - 2 Creio que serei punido.
 - 3 Acho que estou sendo punido.

7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
 - 1 Estou decepcionado comigo mesmo.
 - 2 Estou enjoado de mim.
 - 3 Eu me odeio.

8. 0 Não me sinto, de qualquer modo, pior que os outros.
 - 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
 - 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
 - 3 Eu me culpo por todo de mau que acontece.

9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
 - 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
 - 2 Gostaria de me matar.
 - 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10. 0 Não choro mais do que o habitual.
 - 1 Choro mais do que o habitual.
 - 2 Agora, choro o tempo todo.
 - 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria.

11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
 - 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
 - 2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.

[Digite texto]

- 3 Não me irrita mais com as coisas que costumavam me irritar.
12. 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
- 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
- 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
- 3 Perdi todo o meu interesse pelas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões tão bem quanto antes.
- 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
- 2 Tenho mais dificuldade em tomar decisões do que antes.
- 3 Não consigo mais tomar decisões.
14. 0 Não acho que minha aparência esteja pior do que costumava ser.
- 1 Estou preocupado por estar parecendo velho ou sem atrativos.
- 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
- 3 Acredito que pareço feio.
15. 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.
- 1 Preciso de um esforço extra para fazer alguma coisa.
- 2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
- 3 Não consigo mais fazer trabalho algum.
16. 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.
- 1 Não durmo tão bem quanto costumava.
- 2 Acordo uma a duas horas mais cedo que habitualmente e tenho dificuldade em voltar a dormir.
- 3 Acordo varias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansado do que o habitual.
- 1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
- 2 Sinto-me cansado ao fazer qualquer coisa.

[Digite texto]

- 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
18. 0 Meu apetite não está pior do que o habitual.
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.
19. 0 Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente.
1 Perdi mais de dois quilos e meio.
2 Perdi mais de cinco quilos.
3 Perdi mais de sete quilos.

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim() Não ()

20. 0 Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual.
1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou prisão de ventre.
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
21. 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
1 Estou menos interessado por sexo do que costumava estar.
2 Estou muito menos interessado em sexo atualmente.
3 Perdi completamente o interesse por sexo.

360 – REG _____ PRONT _____ DATA / /	
1-Durante as últimas 4 semanas quantas vezes tomou bebidas contendo álcool? (1) Todos os dias (2) Ao menos uma vez por semana (3) Menos de uma vez por semana (4) nunca (9) IGN	Allc36 _____
2- Durante as últimas 4 semanas quantas vezes usou drogas injetáveis? (1) Todos os dias (2) Ao menos uma vez por semana (3) Menos de uma vez por semana (4) nunca (9) IGN	Drinj436 _____
3- Uso de drogas injetáveis (nos últimos 3 meses) 1- sim 2- não	UDI3m36 _____