

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**SERVIÇOS FARMACÊUTICOS PRESTADOS ÀS PESSOAS VIVENDO
COM HIV/AIDS (PVHA) EM UNIDADES DISPENSADORAS DE
MEDICAMENTOS (UDMs)**

JULIA PAIM DA LUZ

**Porto Alegre
2022**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

JULIA PAIM DA LUZ

**SERVIÇOS FARMACÊUTICOS PRESTADOS ÀS PESSOAS VIVENDO
COM HIV/AIDS (PVHA) EM UNIDADES DISPENSADORAS DE
MEDICAMENTOS (UDMs)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Farmácia da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, como requisito para obtenção do
título de grau de Farmacêutico.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Tatiane da Silva Dal-Pizzol

Porto Alegre

2022

“The good life is one inspired by love and guided by knowledge.”

Bertrand Russell (1872-1970)

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai José Ricardo, e a minha mãe Soraya, pelo exemplo, pelo amor e pelo carinho, fundamentais na construção do meu caráter e na formação da profissional que eu sou hoje. Agradeço, também, pelo apoio e pelo incentivo que sempre acompanharam minhas conquistas.

Aos meus irmãos, Arthur e Joana, pela força, pelo amparo e, principalmente, pelo companheirismo, os quais eu levarei para toda vida.

Ao integrante canino da nossa família, *Chess*, que trouxe ainda mais amor e alegria para nossas vidas, deixando, também, este último semestre de faculdade mais leve.

Aos meus amigos, pelo convívio, pela amizade e pelas alegrias compartilhadas no decorrer desses anos.

A minha colega, Tatiana Sempé, pela grande ajuda na realização da coleta de dados deste projeto.

A minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Tatiane da Silva Dal-Pizzol, pelo conhecimento transmitido e pela confiança em mim depositada, além da assistência em todas as etapas de desenvolvimento deste projeto. Agradeço, também, por ter me introduzido ao universo da Epidemiologia, uma área tão importante dentro das Ciências da Saúde.

Ao Curso de Farmácia da UFRGS e ao seu corpo docente, pelos ensinamentos passados com excelência, contribuindo significativamente na minha formação acadêmica.

Aos membros avaliadores da banca, Prof. Dr. Ricardo de Souza Kuchenbecker e Dr^a. Cátia Bauer Maggi, pelas correções e pelo suporte na elaboração deste trabalho.

E, por fim, a todos aqueles que acreditaram no meu potencial e que estiveram presentes ao longo dessa caminhada.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho foi redigido sob a forma de artigo científico, o qual foi elaborado de acordo com as normas da revista *Research in Social and Administrative Pharmacy*, apresentadas em anexo (**ANEXO I**). Para melhor compreensão do leitor, o artigo está escrito em língua portuguesa e, após as considerações da banca, será traduzido para língua inglesa.

Serviços farmacêuticos prestados às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA) em Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDMs).

Pharmaceutical services provided to People Living with HIV/AIDS (PLWHA) in Drug Dispensing Units (DDUs).

Julia Paim da Luz¹, Tatiana da Silva Sempé¹, Karine Duarte Curvello^{1,2}, Tatiane da Silva Dal-Pizzol^{1,2,3}

¹Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil.

²Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil.

³Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil.

Endereços de e-mail:

Julia Paim da Luz: julia.p.luz@gmail.com

Tatiana da Silva Sempé: sempetati@gmail.com

Karine Duarte Curvello: karine.duarte.curvello@gmail.com

Tatiane da Silva Dal-Pizzol: tatiane.silva@ufrgs.br

Autor correspondente:

Tatiane da Silva Dal-Pizzol

Departamento de Produção e Controle de Medicamentos

Faculdade de Farmácia – UFRGS

Av. Ipiranga, nº 2752, Sala 203

Porto Alegre, Brasil

CEP: 90610-000

Telefone: +55 51 3308-5948

E-mail: tatiane.silva@ufrgs.br

DESTAQUES

- Caracterização dos serviços farmacêuticos prestados às PVHA nas UDMs brasileiras.
- Dispensação é o único serviço farmacêutico realizado em todas as UDMs brasileiras.
- Conciliação medicamentosa é a atividade de menor oferta nas UDMs brasileiras.
- Presta-se os serviços farmacêuticos nas UDMs brasileiras, sobretudo, diariamente.

ABREVIACÕES

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CFR	Conselho Federal de Farmácia
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ILTB	Infecção Latente por Tuberculose
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/AIDS
SFs	Serviços Farmacêuticos
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral Combinada
TB	Tuberculose
TBMR	Tuberculose Multirresistente
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UDMs	Unidades Dispensadoras de Medicamentos

RESUMO

Contexto: Um dos maiores desafios para o sucesso da terapia antirretroviral (TARV) combinada é obter elevada adesão ao tratamento, em níveis superiores a 95% das doses prescritas. Apesar da potencial contribuição do farmacêutico em melhorar a adesão ao tratamento das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA), evidenciada em revisões sistemáticas da literatura, informações sobre os serviços clínicos ofertados às PVHA nas unidades dispensadoras de medicamentos (UDMs) brasileiras ainda são escassas.

Objetivos: Caracterizar os serviços farmacêuticos (SFs) prestados às PVHA nas UDMs brasileiras em relação ao tipo de serviço e frequência de oferta.

Métodos: Estudo transversal, descritivo, do tipo *web survey*. Contatou-se as UDMs a partir do cadastro de todas as unidades brasileiras disponibilizado em planilha de acesso aberto no site do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) do Ministério da Saúde. Um questionário eletrônico foi enviado por e-mail aos participantes, contendo questões sobre a oferta dos seguintes SFs: rastreamento em saúde, educação em saúde, dispensação, conciliação de medicamentos, revisão da farmacoterapia, gestão da condição de saúde e acompanhamento farmacoterapêutico. O período de coleta estendeu-se entre março e junho de 2022. Os dados obtidos foram analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 18.0.

Resultados: Responderam ao questionário 313 profissionais, dos quais 92,3% eram farmacêuticos. Em relação aos SFs, a dispensação é o único serviço realizado em todas as UDMs brasileiras. Na sequência, a educação em saúde mostra-se como a atividade mais frequente (78%). Já o serviço com a menor oferta é a conciliação de medicamentos, presente em apenas 48,8% das unidades. Verificou-se que todos os serviços são ofertados, majoritariamente, todos os dias.

Conclusão: Esta pesquisa forneceu um panorama dos serviços farmacêuticos ofertados nas UDMs brasileiras e os resultados encontrados têm potencial de contribuir com o desenvolvimento do cuidado farmacêutico no contexto do HIV/AIDS.

Palavras-chave: HIV, síndrome da imunodeficiência adquirida, antirretrovirais, assistência farmacêutica, educação em saúde, conciliação medicamentosa.

ABSTRACT

Background: One of the biggest challenges for successful combination antiretroviral therapy (ART) is achieving high treatment adherence levels above 95% of prescribed doses. Despite the potential contribution of pharmacists in improving treatment adherence among people living with HIV/AIDS (PLWHA), evidenced in systematic literature reviews, information on clinical services offered to PLWHA in Brazilian drug dispensing units (DDUs) is still scarce.

Objectives: To characterize the pharmaceutical services provided to PLWHA in Brazilian DDUs regarding the type of service and supply frequency.

Methods: This was a cross-sectional, descriptive web survey study. The DDUs were contacted based on the register of all Brazilian units available in an open access spreadsheet on the Medication Logistics Control System (SICLOM) website of the Ministry of Health. An electronic questionnaire was sent by e-mail to the participants, containing questions about the offer of the following pharmaceutical services: health screening, health education, dispensing, medication reconciliation, pharmacotherapy review, health condition management and pharmacotherapeutic follow-up. The data collection started in March and ended in June 2022. The data obtained were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 18.0.

Results: In this research, 313 professionals answered the questionnaire, and 92,3% were pharmacists. The dispensing is the only pharmaceutical service performed in all Brazilian DDUs. Next, health education appears as the most frequent activity (78%). The service with the lowest offer is medication reconciliation, present in only 48,8% of the units. The results elicited that all services are often offered every day.

Conclusions: This research provided an overview of the pharmaceutical services offered in Brazilian DDUs. The results found have the potential to contribute to the development of pharmaceutical care in the context of HIV/AIDS.

Key-words: HIV, acquired immunodeficiency syndrome, antiretroviral agents, pharmacists, pharmaceutical services, health education, medication reconciliation.

INTRODUÇÃO

Segundo estimativas do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, mais de 4,7% da população mundial estava vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), em 2020. No mesmo ano, considerando apenas a América Latina, em torno de 0,5% dos indivíduos eram portadores do HIV e aproximadamente 32 mil óbitos associados à síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) foram confirmados.¹

No Brasil, os primeiros casos de AIDS foram identificados em 1980, no estado de São Paulo. Segundo informações do Ministério da Saúde, desde o início da epidemia até junho de 2021, registrou-se mais de 1 milhão de casos de infecção por HIV, com uma média anual de 36,8 mil novos casos nos últimos cinco anos. Quanto à mortalidade, foram notificados em torno de 360 mil óbitos desde 1980 até dezembro de 2020.²

Com o surgimento da terapia antirretroviral (TARV) combinada e do emprego de marcadores biológicos, como CD4+ e carga viral, os quais permitem o monitoramento da progressão da infecção por HIV, a AIDS passou a ser considerada uma doença de caráter crônico e controlável. Isso contribuiu significativamente para a melhora da qualidade de vida e aumento da sobrevida dos pacientes.³

No Brasil, os medicamentos são distribuídos gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), através de uma ampla rede de serviços, sendo um dos únicos países no mundo que disponibiliza, integralmente, a assistência às PVHA.^{4,5} Nos últimos anos, devido ao uso da TARV, verificou-se uma importante redução das internações hospitalares decorrentes de infecções oportunistas associadas ao HIV.⁶

Existe uma relação direta entre supressão viral sustentada e ingestão acima de 95% das doses de antirretrovirais, sendo que alguns estudos apontam que níveis de adesão inferiores a 95% estão relacionados a taxas menores de supressão viral e risco de falha virológica.⁷ Logo, uma alta adesão ao tratamento é essencial para o sucesso terapêutico contra a progressão à AIDS.

Porém, existem diferentes fatores que podem afetar a adesão ao tratamento dos pacientes portadores de HIV, como: necessidade do uso de vários medicamentos, complexidade dos regimes e doses, efeitos adversos, mudanças na rotina diária, prática de exercícios físicos regulares, restrições de dieta, entre outros.⁸

Os profissionais de saúde que compõem a equipe multidisciplinar podem identificar dificuldades de adesão ao conversar com o paciente sobre suas experiências e crenças em relação à doença e aos esquemas prescritos e, a partir destas informações, esclarecer suas

dúvidas e ajudá-lo a compreender a importância da TARV.⁹ Outro método que pode ser empregado para estimar a adesão ao tratamento é a avaliação do histórico de retiradas dos medicamentos, através de relatórios do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), permitindo identificar pacientes com retiradas irregulares ou em risco de abandono do tratamento. Neste caso, considera-se que o indivíduo que retira sua medicação regularmente, dentro do período estipulado, é mais aderente do que os que não o fazem.^{10,11}

Nesse contexto, o farmacêutico desempenha um papel fundamental no estímulo à adesão, pois está em contato com o usuário no momento da dispensação do medicamento, tendo a oportunidade de prestar orientações específicas. Este profissional também atua no monitoramento de possíveis efeitos adversos e interações medicamentosas, e auxilia nas transições do cuidado entre níveis de atenção à saúde.⁸ Estas são algumas das atribuições clínicas do farmacêutico, regulamentadas pela Resolução 585 do Conselho Federal de Farmácia (CFF), publicada em 2013.¹²

Diversos estudos têm demonstrado a eficácia da Atenção Farmacêutica na redução de agravamentos em pacientes portadores de HIV e na melhora da qualidade de vida. As revisões sistemáticas conduzidas por Rocha et al. e Ahmed et al. sugeriram uma contribuição significativa do farmacêutico na melhora da adesão ao tratamento, diminuição da carga viral e aumento da contagem de linfócitos TCD4+ em pacientes vivendo com HIV/AIDS. Na revisão de Ahmed et al. foi verificado que, entre as principais intervenções farmacêuticas que demonstraram resultados positivos, destacou-se a educação em saúde.^{7,13}

Apesar da potencial contribuição dos serviços farmacêuticos (SFs) na adesão ao tratamento de PVHA, informações sobre os serviços clínicos ofertados aos pacientes portadores de HIV nas unidades dispensadoras de medicamentos (UDMs) brasileiras ainda são escassas. Portanto, o objetivo deste trabalho é caracterizar os serviços farmacêuticos prestados às PVHA nas UDMs brasileiras em relação ao tipo de serviço e frequência de oferta.

MÉTODOS

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, do tipo *web survey*.

População e amostra

A pesquisa foi direcionada aos profissionais responsáveis por todas as UDMs cadastradas no SICLOM. Como amostra inicial, considerou-se o número total de 1.238 participantes (unidades cadastradas até o mês de março de 2022, quando se iniciou a coleta de dados).

Critérios de inclusão

Foram incluídos todos os profissionais que aceitaram participar da pesquisa.

Procedimentos

O estudo foi conduzido por meio de um questionário (**ANEXO III**) no formato de formulário eletrônico (Google Forms®), o qual foi enviado por e-mail aos participantes. O período de coleta estendeu-se entre 14 de março e 23 de junho de 2022.

A partir de uma planilha contendo o cadastro das UDMs brasileiras, com acesso aberto no site do SICLOM (<http://azt.aids.gov.br/>), foram obtidos os telefones e os e-mails para contato. Cada unidade foi contatada por uma das pesquisadoras para apresentar os objetivos do projeto aos farmacêuticos, a fim de sensibilizá-los a participarem da pesquisa. O convite foi enviado posteriormente por e-mail, juntamente com o link de acesso ao questionário. Após 7 dias do envio do primeiro e-mail, foram encaminhados e-mails lembrete com o intuito de aumentar a taxa de resposta. Os respondentes somente tiveram acesso ao questionário após lerem e aceitarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Instrumento de coleta de dados

O questionário apresentava perguntas sobre: (1) identificação do respondente (gênero, idade, profissão, tempo de profissão e tempo de atuação na UDM); (2) oferta atual de serviços farmacêuticos aos pacientes portadores de HIV na unidade; (3) caracterização dos SFs prestados; (4) frequência da oferta de SFs. Verificou-se a oferta de um ou mais dos seguintes serviços farmacêuticos: rastreamento em saúde, educação em saúde, dispensação, conciliação medicamentosa, revisão da farmacoterapia, gestão da condição de saúde e acompanhamento farmacoterapêutico. Estes são os principais serviços farmacêuticos diretamente destinados ao

paciente, à família e à comunidade definidos pelo CFF e no “Instrumento de Referência dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica”, documento publicado pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), e estão descritos no **Quadro 1**.^{14,15} Os conceitos de cada SF foram apresentados aos participantes junto com as respectivas questões.

Análise dos dados

Os dados preenchidos em formulário eletrônico foram exportados em arquivo no formato Excel e, em seguida, codificados para posterior análise descritiva no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 18.0. Os resultados foram expressos em média \pm desvio-padrão para variáveis contínuas paramétricas, e frequências para variáveis categóricas.

Aspectos éticos

A pesquisa foi desenvolvida em conformidade com os critérios éticos estabelecidos pelas seguintes normas brasileiras: Resolução 466, de dezembro de 2012, e Resolução 510, de abril de 2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde (CNS).^{16,17} Além disso, tendo em vista que a coleta de dados foi realizada em ambiente virtual, foram observadas as orientações presentes no documento da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) intitulado “Orientações para Procedimentos em Pesquisa com Qualquer Etapa em Ambiente Virtual”.¹⁸

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP-UFRGS), sob o CAAE nº 55395622.4.0000.5347 e parecer nº 5.247.365 (ANEXOS II e IV).

Quadro 1 – Tipos de serviços farmacêuticos destinados ao paciente, à família e à comunidade, segundo o CFF e o CONASEMS.

RASTREAMENTO EM SAÚDE	Serviço que possibilita a identificação provável de doença ou condição de saúde, em pessoas assintomáticas ou sob risco de desenvolvê-las, pela realização de procedimentos, exames ou aplicação de instrumentos de entrevista validados, com subsequente orientação e encaminhamento do paciente a outro profissional ou serviço de saúde para diagnóstico e tratamento.
EDUCAÇÃO EM SAÚDE*	Serviço que compreende diferentes estratégias educativas, as quais integram os saberes popular e científico, de modo a contribuir para aumentar conhecimentos, desenvolver habilidades e atitudes sobre os problemas de saúde e seus tratamentos. Tem como objetivo a autonomia dos pacientes e o comprometimento de todos (pacientes, profissionais, gestores e cuidadores) com a promoção da saúde, prevenção e controle de doenças, e melhoria da qualidade de vida. Envolve, ainda, ações de mobilização da comunidade com o compromisso pela cidadania.
DISPENSÇÃO	Serviço proporcionado pelo farmacêutico, geralmente em cumprimento a uma prescrição de profissional habilitado. Envolve a análise dos aspectos técnicos e legais do receituário, a realização de intervenções, a entrega de medicamentos e de outros produtos para a saúde ao paciente ou ao cuidador, a orientação sobre seu uso adequado e seguro, seus benefícios, sua conservação e descarte, com o objetivo de garantir a segurança do paciente, o acesso e a utilização adequados.
CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA	Serviço pelo qual o farmacêutico elabora uma lista precisa de todos os medicamentos (nome ou formulação, concentração/dinamização, forma farmacêutica, dose, via de administração e frequência de uso, duração do tratamento) utilizados pelo paciente, conciliando as informações do prontuário, da prescrição, do paciente, de cuidadores, entre outras. Este serviço é geralmente prestado quando o paciente transita pelos diferentes níveis de atenção ou por distintos serviços de saúde, com o objetivo de diminuir as discrepâncias não intencionais.
REVISÃO DA FARMACOTERAPIA	Serviço pelo qual o farmacêutico faz uma análise estruturada e crítica sobre os medicamentos utilizados pelo paciente, com os objetivos de minimizar a ocorrência de problemas relacionados à farmacoterapia, melhorar a adesão ao tratamento e os resultados terapêuticos, bem como reduzir o desperdício de recursos.
GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE*	Serviço pelo qual se realiza o gerenciamento de determinada condição de saúde, já estabelecida, ou de fator de risco, por meio de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e no cuidado, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos, reduzir riscos e contribuir para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde.
ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO	Serviço pelo qual o farmacêutico realiza o gerenciamento da farmacoterapia, por meio da análise das condições de saúde, dos fatores de risco e do tratamento do paciente, da implantação de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e do acompanhamento do paciente, com o objetivo principal de prevenir e resolver problemas da farmacoterapia, a fim de alcançar bons resultados clínicos, reduzir os riscos, e contribuir para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde. Inclui, ainda, atividades de prevenção e proteção da saúde.

**Únicos serviços não classificados, pelo CONASEMS, como clínico-assistenciais dentro do âmbito do cuidado farmacêutico.*

Fonte: Autora (2022).

RESULTADOS

Das 1.238 UDMs para as quais foi enviado o questionário, 28 e-mails (2,3%) retornaram devido a endereços inexistentes. De um total de 1.210 e-mails enviados com êxito, 313 profissionais responderam, resultando em uma taxa de resposta de 25,9% em relação ao total de UDMs cadastradas no SICLOM com endereço de contato válido. Comparando o número de respostas obtidas por região brasileira com o número de UDMs registradas em cada região, verificou-se que a Região Sul apresentou a maior taxa de resposta (38,9%), seguida pela Região Nordeste (26,5%) (**Tabela 1**).

Tabela 1 – Taxas de resposta, por região brasileira (n=313).

Regiões brasileiras	n _{inicial}	n _{final}	Taxas de resposta (%)
Norte	182	40	22,0
Nordeste	185	49	26,5
Sudeste	564	138	24,5
Sul	193	75	38,9
Centro-Oeste	86	11	12,8

Fonte: Autora (2022).

A maior parte dos respondentes possuíam idade na faixa de 31 a 40 anos (40,3%, n=122), com média de $40,3 \pm 8,8$ anos, e eram do sexo feminino (72,7%, n=226). Os profissionais foram predominantemente farmacêuticos (92,3%, n=287), seguido por outros profissionais de nível superior (6,4%, n=20) e profissionais de nível técnico (1,3%, n=4). Em relação aos outros profissionais de nível superior, os enfermeiros foram os mais presentes entre os participantes (4,8%, n=15). Quanto ao tempo de ocupação, 41,5% (n=130) dos indivíduos atuavam na mesma profissão de 11 a 20 anos, com média de $14,3 \pm 8,9$ anos. Na **Tabela 2**, estão dispostos os dados descritivos da amostra.

Tabela 2 - Características dos profissionais participantes do estudo, por região brasileira (n=313).

		Total n (%)	Norte n (%)	Nordeste n (%)	Sudeste n (%)	Sul n (%)	Centro- Oeste n (%)
Gênero*	Feminino	226 (72,7)	26 (65,0)	24 (70,6)	98 (71,0)	60 (80,0)	18 (75,0)
	Masculino	85 (27,3)	14 (35,0)	10 (29,4)	40 (29,0)	15 (20,0)	6 (25,0)
Idade (anos)*	Até 30	42 (13,9)	10 (25,6)	8 (22,9)	12 (9,0)	9 (12,3)	3 (13,6)
	31 a 40	122 (40,3)	17 (43,6)	12 (34,3)	48 (35,8)	35 (47,9)	10 (45,5)
	41 a 50	90 (29,7)	9 (23,1)	10 (28,6)	46 (34,3)	18 (24,7)	7 (31,8)
	51 ou mais	49 (16,2)	3 (7,7)	5 (14,3)	28 (20,9)	11 (15,1)	2 (9,1)
Profissão*	Farmacêutico	287 (92,3)	32 (82,1)	31 (86,1)	131 (95,6)	70 (93,3)	23 (95,8)
	Outros profissionais de nível superior	20 (6,4)	7 (17,9)	5 (13,9)	5 (3,6)	3 (4,0)	0 (0,0)
	Profissionais de nível técnico	4 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,7)	2 (2,7)	1 (4,2)
Tempo profissão (anos)	Até 10	112 (35,8)	26 (65,0)	17 (47,2)	38 (27,5)	21 (28,0)	10 (41,7)
	11 a 20	130 (41,5)	8 (20,0)	13 (36,1)	66 (47,8)	33 (44,0)	10 (41,7)
	21 a 30	57 (18,2)	6 (15,0)	5 (13,9)	25 (18,1)	18 (24,0)	3 (12,5)
	31 ou mais	14 (4,5)	0 (0,0)	1 (2,8)	9 (6,5)	3 (4,0)	1 (4,2)
Tempo UDM (anos)	Até 5	205 (65,5)	34 (85,0)	24 (66,7)	79 (57,2)	50 (66,7)	18 (75,0)
	6 ou mais	108 (34,5)	6 (15,0)	12 (33,3)	59 (42,8)	25 (33,3)	6 (25,0)

*Variáveis com dados faltantes.

Fonte: Autora (2022).

Em todas as regiões brasileiras são prestados SFs (**Tabela 3**), sendo a dispensação o único serviço realizado em todas as UDMs (100%, n=254). Na sequência, as atividades com maior oferta são as ações educativas em saúde e o rastreamento em saúde, promovidas em 78%

(n=195) e 71,8% (n=181) das unidades, respectivamente. Por outro lado, o serviço menos frequente é a conciliação medicamentosa, com representatividade de apenas 48,8% (n=124).

Tabela 3 – Serviços farmacêuticos ofertados nas UDMs, por região brasileira (n=313).

Serviços farmacêuticos	Total n (%)	Norte n (%)	Nordeste n (%)	Sudeste n (%)	Sul n (%)	Centro-Oeste n (%)
Rastreamento em saúde	181 (71,8)	29 (87,9)	21 (84,0)	77 (65,8)	39 (69,6)	15 (71,4)
Educação em saúde	195 (78,0)	29 (85,3)	21 (84,0)	90 (78,3)	42 (76,4)	13 (61,9)
Dispensação	254 (100,0)	34 (100,0)	25 (100,0)	118 (100,0)	56 (100,0)	21 (100,0)
Conciliação medicamentosa	124 (48,8)	15 (44,1)	15 (60,0)	61 (51,7)	25 (44,6)	8 (38,1)
Revisão da Farmacoterapia	176 (69,8)	20 (60,6)	19 (76,0)	82 (70,1)	41 (73,2)	14 (66,7)
Gestão da condição de saúde	173 (69,8)	24 (72,7)	18 (75,0)	77 (67,0)	42 (75,0)	12 (60,0)
Acompanhamento farmacoterapêutico	175 (69,4)	21 (63,6)	19 (76,0)	81 (69,2)	40 (71,4)	14 (66,7)

Fonte: Autora (2022).

Ao avaliar a frequência dos SFs (**Tabela 4**), verificou-se que todos são ofertados, majoritariamente, todos os dias. Quando não prestadas diariamente, as atividades de rastreamento em saúde, dispensação, gestão da condição de saúde e acompanhamento farmacoterapêutico são ofertadas, principalmente, 1 ou 2 vezes por semana, enquanto os serviços de educação em saúde, conciliação medicamentosa e revisão da farmacoterapia são realizados menos de 1 vez por semana.

Tabela 4 – Frequência dos serviços farmacêuticos ofertados nas UDMs (n=313).

Serviços farmacêuticos	n	Todos os dias n (%)	3 ou 4 vezes por semana n (%)	1 ou 2 vezes por semana n (%)	Menos de 1 vez por semana n (%)
Rastreamento em saúde	180	113 (62,8)	21 (11,7)	29 (16,1)	17 (9,4)
Educação em saúde	192	85 (44,3)	17 (8,9)	37 (19,3)	53 (27,6)
Dispensação	253	225 (88,9)	7 (2,8)	14 (5,5)	7 (2,8)
Conciliação medicamentosa	124	74 (59,7)	11 (8,9)	18 (14,5)	21 (16,9)
Revisão da Farmacoterapia	172	102 (59,3)	14 (8,1)	24 (14,0)	32 (18,6)
Gestão da condição de saúde	171	107 (62,6)	18 (10,5)	25 (14,6)	21 (12,3)
Acompanhamento farmacoterapêutico	173	110 (63,6)	21 (12,1)	24 (13,9)	18 (10,4)

Fonte: Autora (2022).

Outros serviços diretamente relacionados ao paciente mencionados por alguns participantes como parte dos serviços ofertados em suas unidades são: busca ativa e acolhimento aos pacientes em abandono de tratamento (n=10); consulta farmacêutica (n=9); realização de testes rápidos para detecção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e outras doenças infecciosas (n=7); acompanhamento de pacientes com Tuberculose (TB), Tuberculose Multirresistente (TBMR), Infecção Latente por Tuberculose (ILTb) e/ou Sífilis (n=6); prescrição de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e Profilaxia Pós-Exposição (PEP) (n=3); organização de grupos de apoio, como associados ao tabagismo (n=3); atendimento domiciliar (n=2); atividades de farmacovigilância (n=1); e aferição da pressão arterial e outras medidas de rotina (n=1).

DISCUSSÃO

Este foi o primeiro trabalho de que se tem conhecimento que caracterizou os serviços farmacêuticos prestados às PVHA nas UDMs brasileiras, abrangendo as cinco regiões do País. Estes estabelecimentos podem desempenhar um papel muito importante na promoção da adesão ao tratamento, uma vez que o paciente retira os medicamentos antirretrovirais mensalmente e tem um contato frequente com os profissionais de saúde destes locais, principalmente o farmacêutico.¹⁹ Portanto, considerando o histórico de baixa adesão ao tratamento deste público⁸, estudos que busquem investigar os principais serviços ofertados às PVHA pelos profissionais de saúde são essenciais para construir estratégias de melhoria da efetividade do tratamento.

Verificou-se que em todas as regiões brasileiras são prestados ao menos um dos SFs descritos pelo CFF e pelo CONASEMS^{14,15}, sendo a dispensação e a educação em saúde os mais frequentes (100% e 78%, respectivamente). Em revisão integrativa da literatura feita por Barros et al., em que foram analisados os tipos e benefícios dos serviços farmacêuticos clínicos desenvolvidos na atenção primária à saúde no Brasil (sem direcionamento a um grupo específico de pacientes), os pesquisadores também constataram que a dispensação estava entre as atividades realizadas com maior frequência. Já a educação em saúde foi pouco mencionada nos seus achados e normalmente estava associada a outros serviços farmacêuticos.²⁰

No Brasil, o conceito de dispensação não remete somente ao ato de entregar medicamentos, mas também significa propiciar seu emprego correto através da orientação sobre seu uso adequado e seguro, além da avaliação dos aspectos técnicos e legais da prescrição, intervindo junto ao prescritor quando necessário. Assim, esta atividade deve seguir os princípios preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na Declaração de Tóquio: além de entregar o medicamento ou produto, o farmacêutico deve promover as condições para que o paciente o utilize da melhor maneira possível.^{14,21} Tendo em vista estas definições, a dispensação é um serviço básico das UDMs e o resultado encontrado era esperado.

A educação em saúde visa o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos pelas decisões diárias que envolvem o cuidado com sua própria saúde, através da transmissão do saber técnico-científico pelos profissionais a respeito do tratamento.^{22,23} A Lei Federal 13.021, de agosto de 2014, reitera a importância da realização deste serviço por farmacêuticos quando define a farmácia como uma unidade destinada a prover orientação sanitária individual e coletiva.^{14,24} Considerando a grande relevância das ações educativas, esperava-se um resultado superior à frequência encontrada (78%). Em parte, isso se deve à

baixa oferta verificada na Região Centro-Oeste (61,9%), diminuindo a frequência total. Outra explicação seria a possibilidade de os participantes não terem considerado a educação em saúde como um serviço isolado, mas associado a outros serviços farmacêuticos, o que consistiria em um achado similar ao reportado por Barros et al.²⁰

A conciliação medicamentosa foi identificada como o serviço farmacêutico menos frequente entre as regiões brasileiras (48,8%). Para esta atividade, assim como na educação em saúde, foi observada uma baixa oferta na Região Centro-Oeste (38,1%), o que acabou reduzindo a frequência total. A conciliação medicamentosa constitui a avaliação e orientação adequada quanto ao uso de medicamentos utilizados pelo usuário, prescritos por profissionais de distintos serviços de saúde da rede, com o objetivo de minimizar discrepâncias não intencionais.¹⁵ Desse modo, é possível que os respondentes tenham confundido este serviço com outros SFs, como a revisão da farmacoterapia, pois ambos apresentam conceitos muito parecidos, o que poderia justificar o baixo índice encontrado.

Na literatura, ainda é observada a dificuldade de padronização dos termos que caracterizam os tipos de SFs. Alguns autores destacam que “atenção farmacêutica”, “orientação farmacêutica” e “consulta farmacêutica” são definidos como serviços farmacêuticos por parte dos profissionais de saúde, embora não sejam considerados pelo Conselho Federal de Farmácia como tais.^{14,25} Vale ressaltar que alguns participantes do presente estudo relataram “consulta farmacêutica” como outro serviço prestado em suas unidades.

Nesse contexto, desde 2002, com a proposição do Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, houve esforços para normalizar os termos e promover as atividades desempenhadas pelo farmacêutico na área.²⁶ Esta proposta, em conjunto com os documentos publicados pelo CFF e pelo CONASEMS^{14,15}, representam um grande avanço no sentido de consolidar a prática da Atenção Farmacêutica no Brasil.

Ao examinar as diferenças encontradas na oferta de SFs entre as regiões brasileiras, deve-se considerar que estas atividades necessitam de condições mínimas para sua realização, como recursos que garantam a privacidade na relação terapêutica farmacêutico/paciente, espaço adequado para o atendimento, documentação e treinamento, entre outros.^{25,27,28} Nesse contexto, as disparidades das condições socioeconômicas entre as regiões provavelmente influenciam na qualidade e quantidade de prestação destes serviços. Torna-se fundamental o fortalecimento de políticas públicas voltadas à redução destas desigualdades para que se tenha o acesso integral aos serviços de saúde por toda a população brasileira. Assim, os dados levantados neste estudo podem contribuir para a manutenção de iniquidades em saúde.

Em relação à frequência de oferta dos SFs nas UDMs, constatou-se que todos são ofertados, majoritariamente, todos os dias. Quando não ofertados diariamente, a maioria dos serviços ocorrem 1 ou 2 vezes por semana, exceto pela educação em saúde, conciliação medicamentosa e revisão da farmacoterapia, as quais são realizadas menos de 1 vez por semana. Quanto aos dois últimos serviços, considerando que ambos não apresentam frequências altas (48,8% e 69,8%, respectivamente), o resultado encontrado não surpreendeu as pesquisadoras. No entanto, este resultado não era esperado para a educação em saúde, por se tratar de um dos serviços com maior oferta em território nacional. Isso poderia ser explicado, novamente, pela possibilidade de os respondentes não terem considerado este serviço de forma isolada, mas associado a outros SFs. Outra questão que deve ser considerada é a diferença de disponibilidade de agenda e, também, de demanda em ofertar os SFs entre os profissionais. Os horários de funcionamento das unidades divergem entre si, sendo que algumas não estão abertas todos os dias, o que possivelmente impacta na prestação destes serviços. Além disso, o número total de pacientes atendidos por cada unidade provavelmente é diferente, refletindo na necessidade maior de oferta de determinados serviços comparados a outros.

Quanto aos outros serviços relatados pelos respondentes, cabe salientar que existem ações muito importantes para a efetividade terapêutica do tratamento das PVHA, como a prescrição de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e Profilaxia Pós-Exposição (PEP), a qual foi mencionada por apenas três indivíduos. Em julho de 2022, o Ministério da Saúde suspendeu a autorização para os farmacêuticos prescreverem PrEP e PEP em serviços públicos especializados do SUS, em todo o Brasil.²⁹ No entanto, no estado de São Paulo, pelo fato desta atividade estar regulamentada no âmbito municipal desde 2020, foi possível manter a prescrição destas profilaxias por profissionais de especialidades não médicas.³⁰ Este posicionamento do Ministério da Saúde representa uma contradição em um país que foi pioneiro no tratamento de PVHA sob a responsabilidade do Estado, mas que restringe a atuação dos farmacêuticos em estratégias inovadoras como a prescrição de PrEP e PEP. O maior envolvimento destes profissionais em atividades relacionadas a essas políticas traz grandes benefícios para a população, como maior facilidade de acesso aos medicamentos.

Como principal limitação deste estudo, destaca-se a não obrigatoriedade dos participantes em responder todas as perguntas, levando muitas variáveis a apresentarem valores *missing*, isto é, dados nulos ou vazios, o que pode ter implicado no poder das análises. Além disso, pode ter se obtido uma amostra não representativa das regiões brasileiras, considerando que não foi observada a participação de UDMs de todos os estados. O uso da planilha disponibilizada pelo SICLOM para consultar os telefones e e-mails das unidades também

consistiu em uma limitação deste estudo, pois conforme mencionado nos resultados, houve uma perda de 2,3% em relação à amostra inicial devido a endereços desatualizados.

Visando aprofundar o tema, identificou-se a necessidade de realizar, em futuros estudos, a caracterização das próprias UDMs e a coleta de dados sobre sua infraestrutura e capacidade operacional, como: presença ou não de serviços integrados (hospitais, unidades básicas de saúde (UBS), centros de atenção psicossocial (CAPS), etc.), tamanho da unidade, número de profissionais, número de pacientes atendidos e em acompanhamento, entre outros. São fatores que podem alterar a facilidade de prestação dos SFs e o levantamento destas informações certamente complementar os achados da presente pesquisa.

CONCLUSÃO

Com a realização deste estudo, obteve-se um panorama dos serviços farmacêuticos destinados a PVHA que são ofertados nas UDMs brasileiras. Desse modo, os resultados encontrados poderão contribuir com o desenvolvimento da assistência farmacêutica no contexto do HIV/AIDS, auxiliando na construção de estratégias para a avaliação da adesão ao tratamento de PVHA, além de estimular a comunidade de profissionais envolvidos com o cuidado ao paciente, nas UDMs, a implementar serviços farmacêuticos adequados às suas necessidades e realidade.

FINANCIAMENTO

Este trabalho não contou com o apoio de agências de fomento à pesquisa científica nos setores público, comercial ou sem fins lucrativos.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Julia Paim da Luz: concepção, pesquisa, metodologia, coleta de dados, análise de dados, discussão dos resultados, redação do manuscrito original.

Tatiana da Silva Sempé: coleta de dados.

Karine Duarte Curvello: discussão dos resultados, redação - revisão e edição.

Tatiane da Silva Dal-Pizzol: concepção, pesquisa, metodologia, disponibilização de ferramentas, análise de dados, discussão dos resultados, redação - revisão e edição.

AGRADECIMENTOS

Ao Curso de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e a todos que auxiliaram na realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Estatísticas Mundiais sobre o HIV. Published online 2021. Accessed November 1, 2021. https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2021/06/2020_11_19_UNAIDS_FactSheet_PORT_Revisada-Final.pdf
2. Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS. Published online 2021. Accessed November 1, 2021. <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim-epidemiologico-especial-hiv-aids-2021.pdf>
3. *Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS*. 1st ed. Ministério da Saúde (MS); 2008.
4. Henry Pablo Lopes Campos e Reis. *Acompanhamento de pessoas com HIV sob terapia antirretroviral : adequação, aplicação e avaliação de indicadores clínico-laboratoriais, farmacoterapêuticos e humanísticos na atenção farmacêutica*. Universidade Federal do Ceará (UFC); 2014.
5. Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/AIDS. Published online 2010.
6. *Doenças Infecciosas e Parasitárias: Guia de Bolso*. 8th ed. Ministério da Saúde (MS); 2010.
7. Rocha BS, Silveira MPT, Moraes CG, Kuchenbecker RS, Dal-Pizzol TS. Pharmaceutical interventions in antiretroviral therapy: systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *J Clin Pharm Ther*. 2015;40(3):251-258. doi:10.1111/jcpt.12253
8. Valdes Roberto Bollela, Lilian Pereira Primo, Rivian Christina Lopes Faiolla Mauriz, Karen Mirna Loro Morejón. *Adesão: o presente e o futuro na luta para o controle do HIV/AIDS*. 1st ed. FUNPEC; 2016.

9. Russell CK, Bunting SM, Graney M, Hartig MT, Kisner P, Brown B. Factors that Influence the Medication Decision Making of Persons with HIV/AIDS: A Taxonomic Exploration. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2003;14(4):46-60. doi:10.1177/1055329003255114
10. Bonolo P de F, Gomes RR de FM, Guimarães MDC. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. *Epidemiol E Serviços Saúde*. 2007;16(4). doi:10.5123/S1679-49742007000400005
11. Hong SY, Jerger L, Jonas A, et al. Medication Possession Ratio Associated with Short-Term Virologic Response in Individuals Initiating Antiretroviral Therapy in Namibia. *PLoS ONE*. 2013;8(2):e56307. doi:10.1371/journal.pone.0056307
12. *Conselho Federal de Farmácia (CFF)*.; 2013. Accessed November 1, 2021. <https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>
13. Ahmed A, Abdulelah Dujaili J, Rehman IU, et al. Effect of pharmacist care on clinical outcomes among people living with HIV/AIDS: A systematic review and meta-analysis. *Res Soc Adm Pharm*. 2022;18(6):2962-2980. doi:10.1016/j.sapharm.2021.07.020
14. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Published online 2016.
15. Pereira LRL, Tavares NUL, Soeiro OM, Rodrigues PS. Instrumento de Referência dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica. Published online 2021.
16. *Conselho Nacional de Saúde (CNS)*.; 2012. Accessed November 15, 2021. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
17. *Conselho Nacional de Saúde (CNS)*.; 2016. Accessed November 15, 2021. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
18. *Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)*.; 2021. Accessed November 15, 2021. http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf
19. Diagnóstico das Unidades Dispensadoras de Medicamentos Anti-Retrovirais. Published online 2004.
20. Barros DSL, Silva DLM, Leite SN. Serviços farmacêuticos clínicos na atenção primária à saúde do Brasil. *Trab Educ E Saúde*. 2020;18(1):e0024071. doi:10.1590/1981-7746-sol00240
21. Galato D, Alano GM, Trauthman SC, Vieira AC. A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. *Rev Bras Ciênc Farm*. 2008;44(3). doi:10.1590/S1516-93322008000300017
22. Melo RC, Pauferro MRV. Educação em saúde para a promoção do uso racional de medicamentos e as contribuições do farmacêutico neste contexto. *Braz J Dev*. 2020;6(5):32162-32173. doi:10.34117/bjdv6n5-603
23. Josélia Cintya Quintão Pena Frade. *Desenvolvimento e avaliação de um programa educativo relativo à asma dedicado a farmacêuticos de uma rede de farmácias de Minas Gerais*. Fundação Oswaldo Cruz; 2006.
24. *Presidência da República (PR)*.; 2014. Accessed November 1, 2021. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/113021.htm
25. Araújo PS, Costa EA, Guerra Junior AA, et al. Pharmaceutical care in Brazil's primary health care. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:6s. doi:10.11606/S1518-8787.2017051007109
26. Ivama AM, Noblat L, Castro MS de, Jaramillo NM, Rech N. Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta. Published online 2002.
27. Isetts BJ, Schondelmeyer SW, Artz MB, et al. Clinical and economic outcomes of medication therapy management services: The Minnesota experience. *J Am Pharm Assoc*. 2008;48(2):203-214. doi:10.1331/JAPhA.2008.07108

28. Pammett R, Jorgenson D. Eligibility requirements for community pharmacy medication review services in Canada. *Can Pharm J Rev Pharm Can*. 2014;147(1):20-24. doi:10.1177/1715163513514006
29. *Conselho Federal de Farmácia (CFF)*. Exclusão de farmacêuticos da prescrição de PrEP e PEP/HIV impacta atendimento no RJ. Published July 21, 2022. Accessed October 12, 2022. <https://www.cff.org.br/noticia.php?id=6783>
30. *Conselho Federal de Farmácia (CFF)*. São Paulo mantém a prescrição de PrEP e PEP por farmacêuticos. Published August 8, 2022. Accessed October 12, 2022. <https://www.cff.org.br/noticia.php?id=6797>

ANEXO I

Normas da revista *Research in Social and Administrative Pharmacy*

GUIDE FOR AUTHORS

Manuscript categories

Editorials. Editorials can serve different purposes, but often are in response to a paper published in *Research and Social and Administrative Pharmacy*, aimed to buttress the arguments proposed, supplement with additional context, or provide a different perspective. Editorial contributions are highly sought by the journal's Editorial Board.

Research Articles. Research articles describe experimental or observational investigations that used formal methods for data collection and reporting of results. There are no restrictions on manuscript length or number of citations for Research Articles.

Research Briefs. Research articles that can provide their results in a shorter format: they have a maximum of 2,000 words, exclusive of abstract, acknowledgements, figures, tables, and references. This submission type is designed for reports of research that are still of high quality but less comprehensive in scope and potentially not of the multivariate nature typically seen in Original Research articles. The abstract should not exceed 200 words. Manuscripts are permitted to have a maximum of four figures and/or tables and 30 references. These articles are indexed all the same as are Original Research papers.

Commentaries. Commentaries are papers on philosophical issues, medication use policies, methodological arguments, or other pertinent subjects. These are extensive pieces built upon a wealth of knowledge, and research and give rise to topics likely much debated in the scientific literature. They papers are accompanied by an abstract written in prose serving to some extent as an executive summary. Many researchers who have been exploring a topic for years are well-positioned to write Commentary pieces, which are often well-referenced and welcomed by the editorial board. Commentary papers are indexed all the same as are Original Research papers.

Proposed Models. Proposed models are comprehensive, well-executed papers that seek to propose and advance scholarly discourse a model to guide future research or practice in pharmacy or medication use policy. There are no restrictions on manuscript length or number of citations for Proposed Models.

Reviews. Reviews are comprehensive, well-referenced descriptive papers on research topics directly related to clinical practice and/or medication use policy, or other phenomena that have implications for patients' well-being. There are no restrictions on manuscript length or number of citations for Reviews. Systematic review papers in RSAP are expected to adhere as well as possible to guidelines for systematic reviews by PRISMA's Transparent Reporting of Systematic Reviews and Meta-analyses found at <http://www.prisma-statement.org/>. Scoping and narrative review submissions are also welcome. Should they be accepted, depending on the paper's final make-up, it could be re-categorized as a Commentary.

Case Studies. Case reports represent any of several types of papers, including but not limited to the piloting of a new measure backed by theory, collection of data from a limited geographical area or number of institutions that might otherwise be considered for Original Research, or additional data to evidence a phenomenon previously reported by the same or different authors in a limited venue, or set of venues.

Clinical Case Reports. Clinical case reports are short descriptions of clinically interesting patients or brief interventions occurring in a pharmacy practice setting. These reports are intended to provide sufficient detail into the problem/experience to tell the patient's story while also delineating opportunity for future pharmacy endeavors. Suggested section headers include: Brief Abstract, Background, Case Presentation, Pharmacist Intervention, Outcome, Discussion, and Conclusion.

Letters to the Editor. Letters to the Editor serve as a forum for the expression of ideas or for commenting on matters of interest. It is also an avenue for critiquing or expanding on the information presented in a previously published manuscript. Authors are required to identify themselves. The Editor reserves the right to reject, shorten, excerpt, or edit letters for publication.

Book and Software Reviews. Book and Software Reviews are brief documents (700-1000 words) that provide a clear understanding of content in a book or software program, as well as the product structure, scope, and limitations. The reviewer should state the utility of the product for use by researchers or in the teaching pedagogy of research.

Study Protocols. RSAP seeks to publish protocols that have formal ethical approval and funding from a recognized, research-funding body (such as those listed by the JULIET project). Please provide information about ethical approval and research funding source when uploading your protocol. Any protocols meeting these criteria might or might not be subject to peer review. Those not meeting these criteria will be sent for external peer review, particularly to properly contextualize papers for RSAP's stylistic considerations and to maximize its impact for RSAP's audience. The intention of peer review is not to alter the study design. Reviewers will be instructed to check that the study is scientifically credible and ethically sound in its scope and methods, and that there is sufficient detail to instill confidence that the study will be conducted and analyzed properly. RSAP does not guarantee publication of Study Protocol manuscripts. It is expected that the study will have undergone appropriate ethics review prior to submission to RSAP, regardless of funding source. Further, it is expected that protocol manuscripts be submitted prior to completion of data collection and preparation of additional papers.

Study Protocol papers are meant to highlight impending research that has been funded competitively through a federal government or philanthropic foundation process, and not from intramural funding. Authors should clearly indicate the funding source and grant number in the cover letter and acknowledgements.

Manuscript Quality/Reporting Guidelines

The guidelines listed below should be followed, as appropriate, depending on the type of study/manuscript, when submitting manuscripts to RSAP. Please use these guidelines to structure your article. You should reference use of these guidelines in the execution of your project or review and in preparation of your manuscript so as to assist yourself, editors, reviewers, and readers (upon acceptance) with inferences of quality and in obviating any ambiguity about the procedures undertaken. It is highly expected that should you cite or list one of the below guidelines then indeed you will have comported with their recommendations. If you have a question about whether an alternate guideline would be acceptable, please contact the editor.

CONSORT Statement

For reporting of randomized controlled trials: please use the appropriate extension to the CONSORT statement, including the extension for writing abstracts

SRQR

For reporting qualitative research

COREQ

For reporting qualitative research

STARD

For reporting of diagnostic accuracy studies

STROBE

For reporting of observational studies in epidemiology

[Checklist for cohort, case-control, and cross-sectional studies \(combined\)](#)

[Checklist for cohort studies](#)

[Checklist for case-control studies](#)

[Checklist for cross-sectional studies](#)

PRISMA

For reporting of systematic reviews

PRISMA-P

For reporting of systematic review and meta-analysis protocols

PRISMA-ScR

For reporting of scoping reviews

MOOSE

For reporting of meta-analyses of observational studies

SPIRIT

For reporting protocols for RCTs

STREGA

For reporting of gene-disease association studies

TRIPOD

For reporting of studies developing, validating, or updating a prediction model, whether for diagnostic or prognostic purposes.

CHEERS

For reporting of health economic evaluations

The [Equator Network](#) (Enhancing the Quality and Transparency Of health Research) provides a

Stylistic considerations

The style specifications for RSAP must be followed. Below are general guidelines for manuscript format and style. If indoubt about style, authors should refer to the American Medical Association (AMA) Manual of Style, 9th ed, or consult arecent issue of RSAP.

Title. RSAP is a truly international journal whose submissions come from and whose published articles are read by persons all over the world. In keeping with that spirit, we believe it unnecessary to identify a place of origin in the manuscript's title, as this only 'regionalizes' the paper. **PLEASE AVOID LISTING THE NAME OF A COUNTRY, REGION, AREA, OR CITY WHERE THE STUDY WAS CONDUCTED OR TO WHERE IT PERTAINS IN THE TITLE OF THE MANUSCRIPT.** Exceptions are made when including or describing the implications of an official national program such as Australia's Home Medicines Review or the U.K.'s Health Living Champions programs.

Text. The text should be scholarly, readable, clear, and concise. Standard nomenclature should be used. **RSAP prefers avoiding the use of first-person language to the extent possible, eg, "We studied...", "Our results showed that...", etc.** Unfamiliar terms and acronyms should be defined at first mention. Manuscripts that were prepared for oral presentation must be rewritten for print. Authors of research papers are discouraged from writing excessively long introduction or discussion sections.

Word style. Consult a current edition of Webster's dictionary for guidance on spelling, compounding, and word separation. Foreign words, not in general use, should be italicized. For proper use of chemical and biochemical terms, mathematical equations, mathematical expressions, special symbols, subscripts, superscripts, or Greek letters, please refer to the AMA Manual of Style.

Numbers. Numbers must be written as Arabic numerals unless they occur at the beginning of a sentence, in which case the number should be spelled out. The exception to this rule is when the number "one" is used in isolation within the text and substituting an Arabic number would seem awkward (eg, "there was only one logical solution to the problem"). A number containing a decimal must be styled as an Arabic number. All fractions must be written as decimal equivalents.

Measurements. The metric system will be used for all measurements; however, conventional units should be used instead of SI units. Do not use periods when abbreviating units of measure.

Submission checklist

You can use this list to carry out a final check of your submission before you send it to the journal for review. Please check the relevant section in this Guide for Authors for more details.

Ensure that the following items are present:

One author has been designated as the corresponding author with contact details:

- E-mail address
- Full postal address

All necessary files have been uploaded: **Manuscript; Abstract Page; Title Page; Figures & Tables** (if any); **Other files**

- Include abstract - *abstract must be provided twice: once in the first step of submission process in Editorial Manager ("Enter Manuscript Information" page) and once during "Upload Files" page in which a word doc containing abstract must be uploaded under the file type "Abstract".*
- Include keywords in submission page and also the manuscript
- All figures (include relevant captions)
- All tables (including titles, description, footnotes)
- Ensure all figure and table citations in the text match the files provided
- Indicate clearly if color should be used for any figures in print
- **Please provide line numbering beginning with the Abstract and continuous throughout the entire document.**

Further considerations

- Manuscript has been 'spell checked' and 'grammar checked'
- All references mentioned in the Reference List are cited in the text, and vice versa
- Permission has been obtained for use of copyrighted material from other sources (including the Internet)
- A competing interests statement is provided, even if the authors have no competing interests to declare
- Journal policies detailed in this guide have been reviewed
- Referee suggestions and contact details provided, based on journal requirements

For further information, visit our [Support Center](#).

BEFORE YOU BEGIN

Ethics in publishing

Please see our information on [Ethics in publishing](#).

Declaration of interest

All authors must disclose any financial and personal relationships with other people or organizations that could inappropriately influence (bias) their work. Examples of potential competing interests include employment, consultancies, stock ownership, honoraria, paid expert testimony, patent applications/registrations, and grants or other funding. Authors must disclose any interests in two places: 1. A summary declaration of interest statement in the title page file (if double anonymized) or the manuscript file (if single anonymized). If there are no interests to declare then please state this: 'Declarations of interest: none'. 2. Detailed disclosures as part of a separate Declaration of Interest form, which forms part of the journal's official records. It is important for potential interests to be declared in both places and that the information matches. [More information](#).

Submission declaration and verification

Submission of an article implies that the work described has not been published previously (except in the form of an abstract, a published lecture or academic thesis, see '[Multiple, redundant or concurrent publication](#)' for more information), that it is not under consideration for publication elsewhere, that its publication is approved by all authors and tacitly or explicitly by the responsible authorities where the work was carried out, and that, if accepted, it will not be published elsewhere in the same form, in English or in any other language, including electronically without the written consent of the copyright-holder. To verify compliance, your article may be checked by [Crossref Similarity Check](#) and other originality or duplicate checking software.

Use of inclusive language

Inclusive language acknowledges diversity, conveys respect to all people, is sensitive to differences, and promotes equal opportunities. Content should make no assumptions about the beliefs or commitments of any reader; contain nothing which might imply that one individual is superior to another on the grounds of age, gender, race, ethnicity, culture, sexual orientation, disability or health condition; and use inclusive language throughout. Authors should ensure that writing is free from bias, stereotypes, slang, reference to dominant culture and/or cultural assumptions. We advise to seek gender neutrality by using plural nouns ("clinicians, patients/clients") as default/wherever possible to avoid using "he, she," or "he/she." We recommend avoiding the use of descriptors that refer to personal attributes such as age, gender, race, ethnicity, culture, sexual orientation, disability or health condition unless they are relevant and valid. When coding terminology is used, we recommend to avoid offensive or exclusionary terms such as "master", "slave", "blacklist" and "whitelist". We suggest using alternatives that are more appropriate and (self-) explanatory such as "primary", "secondary", "blocklist" and "allowlist". These guidelines are meant as a point of reference to help identify appropriate language but are by no means exhaustive or definitive.

Author contributions

For transparency, we encourage authors to submit an author statement file outlining their individual contributions to the paper using the relevant CRediT roles: Conceptualization; Data curation; Formal analysis; Funding acquisition; Investigation; Methodology; Project administration; Resources; Software; Supervision; Validation; Visualization; Roles/Writing - original draft; Writing - review & editing. Authorship statements should be formatted with the names of authors first and CRediT role(s) following. [More details and an example](#).

Article transfer service

This journal uses the Elsevier Article Transfer Service to find the best home for your manuscript. This means that if an editor feels your manuscript is more suitable for an alternative journal, you might be asked to consider transferring the manuscript to such a journal. The recommendation might be provided by a Journal Editor, a dedicated [Scientific Managing Editor](#), a tool assisted recommendation, or a combination. If you agree, your manuscript will be transferred, though you will have the opportunity to make changes to the manuscript before the submission is complete. Please note that your manuscript will be independently reviewed by the new journal. [More information](#).

Copyright

Upon acceptance of an article, authors will be asked to complete a 'Journal Publishing Agreement' (see [more information](#) on this). An e-mail will be sent to the corresponding author confirming receipt of the manuscript together with a 'Journal Publishing Agreement' form or a link to the online version of this agreement.

Subscribers may reproduce tables of contents or prepare lists of articles including abstracts for internal circulation within their institutions. [Permission](#) of the Publisher is required for resale or distribution outside the institution and for all other derivative works, including compilations and translations. If excerpts from other copyrighted works are included, the author(s) must obtain written permission from the copyright owners and credit the source(s) in the article. Elsevier has [preprinted forms](#) for use by authors in these cases.

For gold open access articles: Upon acceptance of an article, authors will be asked to complete a 'License Agreement' ([more information](#)). Permitted third party reuse of gold open access articles is determined by the author's choice of [user license](#).

Author rights

As an author you (or your employer or institution) have certain rights to reuse your work. [More information](#).

Elsevier supports responsible sharing

Find out how you can [share your research](#) published in Elsevier journals.

Role of the funding source

You are requested to identify who provided financial support for the conduct of the research and/or preparation of the article and to briefly describe the role of the sponsor(s), if any, in study design; in the collection, analysis and interpretation of data; in the writing of the report; and in the decision to submit the article for publication. If the funding source(s) had no such involvement, it is recommended to state this.

Open access

Please visit our [Open Access page](#) for more information.

Elsevier Researcher Academy

[Researcher Academy](#) is a free e-learning platform designed to support early and mid-career researchers throughout their research journey. The "Learn" environment at Researcher Academy offers several interactive modules, webinars, downloadable guides and resources to guide you through the process of writing for research and going through peer review. Feel free to use these free resources to improve your submission and navigate the publication process with ease.

Language (usage and editing services)

Please write your text in good English (American or British usage is accepted, but not a mixture of these). Authors who feel their English language manuscript may require editing to eliminate possible grammatical or spelling errors and to conform to correct scientific English may wish to use the [English Language Editing service](#) available from Elsevier's Author Services.

Submission

Our online submission system guides you stepwise through the process of entering your article details and uploading your files. The system converts your article files to a single PDF file used in the peer-review process. Editable files (e.g., Word, LaTeX) are required to typeset your article for final publication. All correspondence, including notification of the Editor's decision and requests for revision, is sent by e-mail.

Submit your article

Please submit your article via <https://www.editorialmanager.com/rsap/default.aspx>.

Assurances

For all research manuscripts (including educational research), the author should indicate in the cover letter that the research has been reviewed and approved by the appropriate human research or ethics review committee, or that it has been determined to be exempt from such review. For research that has undergone such review and approval, a statement to that effect should be included in the methods section.

PREPARATION

Queries

For questions about the editorial process (including the status of manuscripts under review) or for technical support on submissions, please visit our [Support Center](#).

Peer review

This journal operates a double anonymized review process. All contributions will be initially assessed by the editor for suitability for the journal. Papers deemed suitable are then typically sent to a minimum of two independent expert reviewers to assess the scientific quality of the paper. The Editor is responsible for the final decision regarding acceptance or rejection of articles. The Editor's decision is final. Editors are not involved in decisions about papers which they have written themselves or have been written by family members or colleagues or which relate to products or services in which the editor has an interest. Any such submission is subject to all of the journal's usual procedures, with peer review handled independently of the relevant editor and their research groups. [More information on types of peer review](#).

Double anonymized review

This journal uses double anonymized review, which means the identities of the authors are concealed from the reviewers, and vice versa. [More information](#) is available on our website. To facilitate this, please include the following separately:

Title page (with author details): This should include the title, authors' names, affiliations, acknowledgements and any Declaration of Interest statement, and a complete address for the corresponding author including an e-mail address.

Anonymized manuscript (no author details): The main body of the paper (including the references, figures, tables and any acknowledgements) should not include any identifying information, such as the authors' names or affiliations.

Use of word processing software

It is important that the file be saved in the native format of the word processor used. The text should be in single-column format. **Papers should be given line numbers starting with the first page all the way through the manuscript.** Keep the layout of the text as simple as possible. Most formatting codes will be removed and replaced on processing the article. In particular, do not use the word processor's options to justify text or to hyphenate words. However, do use bold face, italics, subscripts, superscripts etc. When preparing tables, if you are using a table grid, use only one grid for each individual table and not a grid for each row. If no grid is used, use tabs, not spaces, to align columns. The electronic text should be prepared in a way very similar to that of conventional manuscripts (see also the [Guide to Publishing with Elsevier](#)). Note that source files of figures, tables and text graphics will be required whether or not you embed your figures in the text. See also the section on Electronic artwork.

To avoid unnecessary errors you are strongly advised to use the 'spell-check' and 'grammar-check' functions of your word processor.

Article structure

Subdivision - unnumbered sections

Divide your article into clearly defined sections. Each subsection is given a brief heading. Each heading should appear on its own separate line. Subsections should be used as much as possible when cross-referencing text: refer to the subsection by heading as opposed to simply 'the text'.

Introduction

State the objectives of the work and provide an adequate background, avoiding a detailed literature survey or a summary of the results.

Methods

Provide sufficient detail to allow the work to be reproduced. Methods already published should be indicated by a reference: only relevant modifications should be described.

Results

Results should be clear and concise.

Discussion

This should explore the significance of the results of the work, not repeat them. A combined Results and Discussion section is often appropriate. Avoid extensive citations and discussion of published literature.

Conclusions

The main conclusions of the study may be presented in a short Conclusions section, which may stand alone or form a subsection of a Discussion or Results and Discussion section.

Essential title page information

- **Title.** Concise and informative. Titles are often used in information-retrieval systems. Avoid abbreviations and formulae where possible.
- **Author names and affiliations.** Please clearly indicate the given name(s) and family name(s) of each author and check that all names are accurately spelled. You can add your name between parentheses in your own script behind the English transliteration. Present the authors' affiliation addresses (where the actual work was done) below the names. Indicate all affiliations with a lower-case superscript letter immediately after the author's name and in front of the appropriate address. Provide the full postal address of each affiliation, including the country name and, if available, the e-mail address of each author.

• **Corresponding author.** Clearly indicate who will handle correspondence at all stages of refereeing and publication, also post-publication. This responsibility includes answering any future queries about Methodology and Materials. **Ensure that the e-mail address is given and that contact details are kept up to date by the corresponding author.**

• **Present/permanent address.** If an author has moved since the work described in the article was done, or was visiting at the time, a 'Present address' (or 'Permanent address') may be indicated as a footnote to that author's name. The address at which the author actually did the work must be retained as the main, affiliation address. Superscript Arabic numerals are used for such footnotes.

Highlights

Highlights are optional yet highly encouraged for this journal, as they increase the discoverability of your article via search engines. They consist of a short collection of bullet points that capture the novel results of your research as well as new methods that were used during the study (if any). Please have a look at the examples here: [example Highlights](#).

Highlights should be submitted in a separate editable file in the online submission system. Please use 'Highlights' in the file name and include 3 to 5 bullet points (maximum 85 characters, including spaces, per bullet point).

Structured Abstract

A structured abstract accompanies Review, Proposed Model, and Original Research submissions. It should have the following sections: Background, Objective(s), Methods, Results, Conclusions. Commentary papers are accompanied by a prose abstract serving as an executive summary. Abstracts should not exceed 300 words.

Keywords

Immediately after the abstract, provide a maximum of 6 keywords, using American spelling and avoiding general and plural terms and multiple concepts (avoid, for example, 'and', 'of'). Be sparing with abbreviations: only abbreviations firmly established in the field may be eligible. These keywords will be used for indexing purposes.

Abbreviations

Define abbreviations that are not standard in this field in a footnote to be placed on the first page of the article. Such abbreviations that are unavoidable in the abstract must be defined at their first mention there, as well as in the footnote. Ensure consistency of abbreviations throughout the article.

Acknowledgements

Collate acknowledgements in a separate section at the end of the article before the references and do not, therefore, include them on the title page, as a footnote to the title or otherwise. List here those individuals who provided help during the research (e.g., providing language help, writing assistance or proof reading the article, etc.).

Formatting of funding sources

List funding sources in this standard way to facilitate compliance to funder's requirements:

Funding: This work was supported by the National Institutes of Health [grant numbers xxxx, yyyy]; the Bill & Melinda Gates Foundation, Seattle, WA [grant number zzzz]; and the United States Institutes of Peace [grant number aaaa].

It is not necessary to include detailed descriptions on the program or type of grants and awards. When funding is from a block grant or other resources available to a university, college, or other research institution, submit the name of the institute or organization that provided the funding.

If no funding has been provided for the research, it is recommended to include the following sentence:

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Artwork

Electronic artwork

General points

- Make sure you use uniform lettering and sizing of your original artwork.
- Embed the used fonts if the application provides that option.

- Aim to use the following fonts in your illustrations: Arial, Courier, Times New Roman, Symbol, or use fonts that look similar.
- Number the illustrations according to their sequence in the text.
- Use a logical naming convention for your artwork files.
- Provide captions to illustrations separately.
- Size the illustrations close to the desired dimensions of the published version.
- Submit each illustration as a separate file.
- Ensure that color images are accessible to all, including those with impaired color vision.

A detailed [guide on electronic artwork](#) is available.

You are urged to visit this site; some excerpts from the detailed information are given here.

Formats

If your electronic artwork is created in a Microsoft Office application (Word, PowerPoint, Excel) then please supply 'as is' in the native document format.

Regardless of the application used other than Microsoft Office, when your electronic artwork is finalized, please 'Save as' or convert the images to one of the following formats (note the resolution requirements for line drawings, halftones, and line/halftone combinations given below):

EPS (or PDF): Vector drawings, embed all used fonts.

TIFF (or JPEG): Color or grayscale photographs (halftones), keep to a minimum of 300 dpi.

TIFF (or JPEG): Bitmapped (pure black & white pixels) line drawings, keep to a minimum of 1000 dpi.

TIFF (or JPEG): Combinations bitmapped line/half-tone (color or grayscale), keep to a minimum of 500 dpi.

Please do not:

- Supply files that are optimized for screen use (e.g., GIF, BMP, PICT, WPG); these typically have a low number of pixels and limited set of colors;
- Supply files that are too low in resolution;
- Submit graphics that are disproportionately large for the content.

Color artwork

Please make sure that artwork files are in an acceptable format (TIFF (or JPEG), EPS (or PDF), or MS Office files) and with the correct resolution. If, together with your accepted article, you submit usable color figures then Elsevier will ensure, at no additional charge, that these figures will appear in color online (e.g., ScienceDirect and other sites) regardless of whether or not these illustrations are reproduced in color in the printed version. **For color reproduction in print, you will receive information regarding the costs from Elsevier after receipt of your accepted article.** Please indicate your preference for color: in print or online only. [Further information on the preparation of electronic artwork.](#)

Illustration services

[Elsevier's Author Services](#) offers Illustration Services to authors preparing to submit a manuscript but concerned about the quality of the images accompanying their article. Elsevier's expert illustrators can produce scientific, technical and medical-style images, as well as a full range of charts, tables and graphs. Image 'polishing' is also available, where our illustrators take your image(s) and improve them to a professional standard. Please visit the website to find out more.

Figure captions

Ensure that each illustration has a caption. Supply captions separately, not attached to the figure. A caption should comprise a brief title (**not** on the figure itself) and a description of the illustration. Keep text in the illustrations themselves to a minimum but explain all symbols and abbreviations used.

Tables

Please submit tables as editable text and not as images. Tables can be placed either next to the relevant text in the article, or on separate page(s) at the end. Number tables consecutively in accordance with their appearance in the text and place any table notes below the table body. Be sparing in the use of tables and ensure that the data presented in them do not duplicate results described elsewhere in the article. Please avoid using vertical rules and shading in table cells.

References

Citation in text

Please ensure that every reference cited in the text is also present in the reference list (and vice versa). Any references cited in the abstract must be given in full. Unpublished results and personal communications are not recommended in the reference list, but may be mentioned in the text. If these references are included in the reference list they should follow the standard reference style of the

journal and should include a substitution of the publication date with either 'Unpublished results' or 'Personal communication'. Citation of a reference as 'in press' implies that the item has been accepted for publication.

Reference links

Increased discoverability of research and high quality peer review are ensured by online links to the sources cited. In order to allow us to create links to abstracting and indexing services, such as Scopus, CrossRef and PubMed, please ensure that data provided in the references are correct. Please note that incorrect surnames, journal/book titles, publication year and pagination may prevent link creation. When copying references, please be careful as they may already contain errors. Use of the DOI is highly encouraged.

A DOI is guaranteed never to change, so you can use it as a permanent link to any electronic article. An example of a citation using DOI for an article not yet in an issue is: VanDecar J.C., Russo R.M., James D.E., Ambeh W.B., Franke M. (2003). Aseismic continuation of the Lesser Antilles slab beneath northeastern Venezuela. *Journal of Geophysical Research*, <https://doi.org/10.1029/2001JB000884>. Please note the format of such citations should be in the same style as all other references in the paper.

Web references

As a minimum, the full URL should be given and the date when the reference was last accessed. Any further information, if known (DOI, author names, dates, reference to a source publication, etc.), should also be given. Web references can be listed separately (e.g., after the reference list) under a different heading if desired, or can be included in the reference list.

Data references

This journal encourages you to cite underlying or relevant datasets in your manuscript by citing them in your text and including a data reference in your Reference List. Data references should include the following elements: author name(s), dataset title, data repository, version (where available), year, and global persistent identifier. Add [dataset] immediately before the reference so we can properly identify it as a data reference. The [dataset] identifier will not appear in your published article.

Preprint references

Where a preprint has subsequently become available as a peer-reviewed publication, the formal publication should be used as the reference. If there are preprints that are central to your work or that cover crucial developments in the topic, but are not yet formally published, these may be referenced. Preprints should be clearly marked as such, for example by including the word preprint, or the name of the preprint server, as part of the reference. The preprint DOI should also be provided.

References in a special issue

Please ensure that the words 'this issue' are added to any references in the list (and any citations in the text) to other articles in the same Special Issue.

Reference management software

Most Elsevier journals have their reference template available in many of the most popular reference management software products. These include all products that support [Citation Style Language styles](#), such as [Mendeley](#). Using citation plug-ins from these products, authors only need to select the appropriate journal template when preparing their article, after which citations and bibliographies will be automatically formatted in the journal's style. If no template is yet available for this journal, please follow the format of the sample references and citations as shown in this Guide. If you use reference management software, please ensure that you remove all field codes before submitting the electronic manuscript. [More information on how to remove field codes from different reference management software](#).

Reference style

Text: Indicate references by (consecutive) superscript arabic numerals in the order in which they appear in the text. The numerals are to be used *outside* periods and commas, *inside* colons and semicolons. For further detail and examples you are referred to the [AMA Manual of Style](#), A Guide for Authors and Editors, Tenth Edition, ISBN 0-978-0-19-517633-9.

List: Number the references in the list in the order in which they appear in the text.

Examples:

Reference to a journal publication:

1. Van der Geer J, Hanraads JAJ, Lupton RA. The art of writing a scientific article. *J Sci Commun*. 2010;163:51–59. Please do not include the issue number of the journal; only the volume number.

Reference to a book:

2. Strunk W Jr, White EB. *The Elements of Style*. 4th ed. New York, NY: Longman; 2000.
Reference to a chapter in an edited book:
3. Mettam GR, Adams LB. How to prepare an electronic version of your article. In: Jones BS, Smith RZ, eds. *Introduction to the Electronic Age*. New York, NY: E-Publishing Inc; 2009:281–304.
Reference to a website:
4. Cancer Research UK. Cancer statistics reports for the UK. <http://www.cancerresearchuk.org/aboutcancer/statistics/cancerstatsreport/>; 2003 Accessed 13.03.03.
Reference to a dataset:
[dataset]
5. Oguro, M, Imahiro, S, Saito, S, Nakashizuka, T. Mortality data for Japanese oak wilt disease and surrounding forest compositions, Mendeley Data, v1; 2015. <https://doi.org/10.17632/xwj98nb39r.1>.

Journal abbreviations source

Journal names should be abbreviated according to the [List of Title Word Abbreviations](#).

Video

Elsevier accepts video material and animation sequences to support and enhance your scientific research. Authors who have video or animation files that they wish to submit with their article are strongly encouraged to include links to these within the body of the article. This can be done in the same way as a figure or table by referring to the video or animation content and noting in the body text where it should be placed. All submitted files should be properly labeled so that they directly relate to the video file's content. In order to ensure that your video or animation material is directly usable, please provide the file in one of our recommended file formats with a preferred maximum size of 150 MB per file, 1 GB in total. Video and animation files supplied will be published online in the electronic version of your article in Elsevier Web products, including [ScienceDirect](#). Please supply 'stills' with your files: you can choose any frame from the video or animation or make a separate image. These will be used instead of standard icons and will personalize the link to your video data. For more detailed instructions please visit our [video instruction pages](#). Note: since video and animation cannot be embedded in the print version of the journal, please provide text for both the electronic and the print version for the portions of the article that refer to this content.

Data visualization

Include interactive data visualizations in your publication and let your readers interact and engage more closely with your research. Follow the instructions [here](#) to find out about available data visualization options and how to include them with your article.

Supplementary material

Supplementary material such as applications, images and sound clips, can be published with your article to enhance it. Submitted supplementary items are published exactly as they are received (Excel or PowerPoint files will appear as such online). Please submit your material together with the article and supply a concise, descriptive caption for each supplementary file. If you wish to make changes to supplementary material during any stage of the process, please make sure to provide an updated file. Do not annotate any corrections on a previous version. Please switch off the 'Track Changes' option in Microsoft Office files as these will appear in the published version.

Research data

This journal encourages and enables you to share data that supports your research publication where appropriate, and enables you to interlink the data with your published articles. Research data refers to the results of observations or experimentation that validate research findings. To facilitate reproducibility and data reuse, this journal also encourages you to share your software, code, models, algorithms, protocols, methods and other useful materials related to the project.

Below are a number of ways in which you can associate data with your article or make a statement about the availability of your data when submitting your manuscript. If you are sharing data in one of these ways, you are encouraged to cite the data in your manuscript and reference list. Please refer to the "References" section for more information about data citation. For more information on depositing, sharing and using research data and other relevant research materials, visit the [research data](#) page.

Data linking

If you have made your research data available in a data repository, you can link your article directly to the dataset. Elsevier collaborates with a number of repositories to link articles on ScienceDirect with relevant repositories, giving readers access to underlying data that gives them a better understanding of the research described.

There are different ways to link your datasets to your article. When available, you can directly link your dataset to your article by providing the relevant information in the submission system. For more information, visit the [database linking page](#).

For [supported data repositories](#) a repository banner will automatically appear next to your published article on ScienceDirect.

In addition, you can link to relevant data or entities through identifiers within the text of your manuscript, using the following format: Database: xxxx (e.g., TAIR: AT1G01020; CCDC: 734053; PDB: 1XFN).

Data statement

To foster transparency, we encourage you to state the availability of your data in your submission. This may be a requirement of your funding body or institution. If your data is unavailable to access or unsuitable to post, you will have the opportunity to indicate why during the submission process, for example by stating that the research data is confidential. The statement will appear with your published article on ScienceDirect. For more information, visit the [Data Statement page](#).

AFTER ACCEPTANCE

Online proof correction

To ensure a fast publication process of the article, we kindly ask authors to provide us with their proof corrections within two days. Corresponding authors will receive an e-mail with a link to our online proofing system, allowing annotation and correction of proofs online. The environment is similar to MS Word: in addition to editing text, you can also comment on figures/tables and answer questions from the Copy Editor. Web-based proofing provides a faster and less error-prone process by allowing you to directly type your corrections, eliminating the potential introduction of errors.

If preferred, you can still choose to annotate and upload your edits on the PDF version. All instructions for proofing will be given in the e-mail we send to authors, including alternative methods to the online version and PDF.

We will do everything possible to get your article published quickly and accurately. Please use this proof only for checking the typesetting, editing, completeness and correctness of the text, tables and figures. Significant changes to the article as accepted for publication will only be considered at this stage with permission from the Editor. It is important to ensure that all corrections are sent back to us in one communication. Please check carefully before replying, as inclusion of any subsequent corrections cannot be guaranteed. Proofreading is solely your responsibility.

AUTHOR INQUIRIES

Visit the [Elsevier Support Center](#) to find the answers you need. Here you will find everything from Frequently Asked Questions to ways to get in touch.

You can also [check the status of your submitted article](#) or find out [when your accepted article will be published](#).

© Copyright 2018 Elsevier | <https://www.elsevier.com>

ANEXO II

Projeto submetido ao CEP-UFRGS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
DEPARTAMENTO DE PRODUÇÃO E CONTROLE DE MEDICAMENTOS**

**Serviços farmacêuticos prestados às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS
(PVHA) em Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDMs) brasileiras**

Prof^a. Dr^a. Tatiane da Silva Dal Pizzol

**Acadêmica Julia Paim da Luz
Acadêmica Tatiana da Silva Sempé**

**Porto Alegre
Janeiro de 2022**

RESUMO

Um dos maiores desafios para o sucesso da terapia antirretroviral combinada (TARV) é obter elevada adesão ao tratamento pelas pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA), em níveis superiores a 95% das doses prescritas. Apesar da potencial contribuição do farmacêutico em melhorar a adesão ao tratamento de PVHA, evidenciada em revisões sistemáticas da literatura, informações sobre os serviços clínicos ofertados às PVHA nas unidades dispensadoras de medicamentos (UDMs) brasileiras são escassas. Esse projeto tem como proposta caracterizar os serviços farmacêuticos prestados às PVHA nas UDMs brasileiras. Para atingir este objetivo, serão contatadas as UDMs localizadas nas cinco regiões do País, por meio de cadastro de acesso aberto disponível no site do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), do Ministério da Saúde. Os farmacêuticos de cada UDM serão convidados a responder um questionário breve sobre os serviços farmacêuticos ofertados (rastreamento em saúde, educação em saúde, dispensação, monitorização terapêutica de medicamentos, conciliação de medicamentos, revisão da farmacoterapia, gestão da condição de saúde, acompanhamento farmacoterapêutico, orientação farmacêutica, visita domiciliar, outro). Espera-se, ao final deste estudo, obter um panorama dos serviços farmacêuticos ofertados nas UDMs brasileiras que possam contribuir para a melhoria da adesão ao tratamento das PVHA.

PALAVRAS-CHAVE: HIV/AIDS, PVHA, adesão ao tratamento, serviços farmacêuticos

1 INTRODUÇÃO

Em 2020, segundo estimativas do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, mais de 37 milhões de pessoas estavam vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) ao redor do mundo. No mesmo ano, considerando apenas a América Latina, em torno de 2,1 milhões de indivíduos eram portadores do HIV e aproximadamente 32 mil óbitos associados à síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) foram registrados (UNAIDS, 2021).

Com o surgimento da terapia antirretroviral combinada (TARV) e do emprego de marcadores biológicos, como CD4⁺ e carga viral, os quais permitem o monitoramento da progressão da infecção por HIV, a AIDS passou a ser considerada uma doença de caráter crônico e potencialmente controlável. Isso contribuiu significativamente para a melhora da qualidade de vida e aumento da sobrevida dos pacientes (BRASIL, 2008).

No Brasil, os medicamentos são distribuídos gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), através de uma ampla rede de serviços (REIS, 2014), sendo um dos únicos países no mundo que disponibiliza, integralmente, a assistência às PVHA (BRASIL, 2010). Nos últimos anos, devido ao uso da TARV, verificou-se no território nacional uma importante redução das internações hospitalares decorrentes de infecções oportunistas associadas ao HIV (BRASIL, 2010).

Existe uma relação direta entre supressão viral sustentada e ingestão acima de 95% das doses de antirretrovirais, sendo que alguns estudos apontam que níveis de adesão inferiores a 95% estão relacionados a taxas menores de supressão viral e risco de falha virológica (ROCHA et al., 2015). Sendo assim, uma alta adesão ao tratamento é essencial para o sucesso terapêutico contra a AIDS.

Porém, existem diferentes fatores que podem afetar a adesão ao tratamento dos pacientes portadores de HIV, como: necessidade do uso de vários medicamentos, complexidade dos regimes e doses, mudanças na rotina diária, prática de exercícios físicos regulares, restrições de dieta, efeitos adversos, entre outros (BOLLELA et al., 2016).

Os profissionais de saúde que compõem a equipe multidisciplinar podem identificar dificuldades de adesão ao conversar com o paciente sobre suas experiências e crenças em relação à doença e aos esquemas prescritos e, a partir destas informações, esclarecer suas dúvidas e ajudá-lo a compreender a importância da TARV (RUSSEL et al., 2003). Outro método que pode ser empregado para avaliar a adesão ao tratamento é a avaliação do histórico de retiradas dos medicamentos, através de relatórios do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), permitindo identificar os pacientes com retiradas irregulares ou em risco de abandono do tratamento. Neste caso, considera-se que o indivíduo que retira sua medicação regularmente, dentro do período estipulado, seria mais aderente do que os que não o fazem (BONOLO et al., 2007; HONG et al., 2013).

Nesse contexto, o farmacêutico desempenha um papel fundamental no estímulo à adesão, pois está em contato com o usuário no momento da dispensação do medicamento, tendo a oportunidade de prestar orientações específicas. Este profissional também atua no monitoramento de possíveis efeitos adversos e interações medicamentosas e auxilia nas transições do cuidado entre níveis de atenção à saúde (BOLLELA et al., 2016). Essas são algumas das atribuições clínicas do farmacêutico, regulamentadas pela Resolução do Conselho Federal de Farmácia (CFF) nº 585/13.

Diversos estudos têm demonstrado a eficácia da Atenção Farmacêutica na redução de agravamentos em pacientes portadores de HIV e na melhora da sua qualidade de vida. As revisões sistemáticas conduzidas por Rocha et al. (2015) e Ahmed et al. (2021) sugeriram uma contribuição significativa do farmacêutico na melhora da adesão ao tratamento, diminuição da carga viral e aumento da contagem de linfócitos TCD4⁺ em pacientes vivendo com HIV/AIDS. Na revisão de Ahmed et al. (2021), foi verificado que, entre as principais intervenções farmacêuticas que demonstraram resultados positivos, destacou-se a educação em saúde.

Apesar da potencial contribuição dos serviços farmacêuticos na adesão ao tratamento de PVHA, informações sobre os serviços clínicos ofertados aos pacientes portadores de HIV nas unidades dispensadoras de medicamentos (UDMs) brasileiras são escassas. Portanto, esse projeto tem como proposta caracterizar os serviços farmacêuticos prestados às PVHA nas UDMs brasileiras.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)

2.1.1 Contexto histórico e epidemiológico

Existem estudos retrospectivos e dados epidemiológicos que reconhecem a presença da AIDS na África Equatorial, a partir de 1960, em símios, e posteriormente, em 1965, em nativos africanos. Dessa forma, um grande número de especialistas acredita que a doença tenha se originado do macaco ou de outros primatas africanos (FORATTINI, 1993; REIS, 2014).

No entanto, os primeiros casos clínicos da AIDS foram detectados somente em meados de 1981, nos EUA, em pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais e moradores de São Francisco, que apresentaram “sarcoma de Kaposi”, pneumonia por *Pneumocystis carinii* e comprometimento do sistema imunológico (PINTO et al., 2007). Nos anos seguintes, dois cientistas, Robert Charles Gallo (National Cancer Institute, EUA) e Luc Montagnier (Instituto Pasteur, França), desempenharam papéis fundamentais na descoberta do HIV (DUARTE, 1995; SANTOS, 1999).

A década de 1980 a 1990 foi fundamental na formulação das respostas iniciais à epidemia da AIDS no mundo, enquanto a década de 1990 a 2000 foi marcada por significativos avanços das condutas farmacoterapêuticas. Pesquisas sobre a epidemia da AIDS mostram que, nos vinte anos que se

sucederam (2000 a 2020), o número de indivíduos portadores do vírus aumentou (FERNANDES & BRUNS, 2021).

Nesse contexto, a AIDS continua sendo um grande problema de saúde pública global. Em 2020, no mundo todo, mais de 37 milhões de pessoas estavam vivendo com o vírus e cerca de 690 mil mortes ocorreram como consequência da AIDS. No mesmo ano, considerando apenas a América Latina, em torno de 2,1 milhões de indivíduos eram portadores do HIV e aproximadamente 32 mil óbitos relacionados à doença foram registrados (UNAIDS, 2021).

No Brasil, os primeiros casos de AIDS foram confirmados em 1982, no estado de São Paulo. Segundo informações do Ministério da Saúde, o País registrou, desde o início da epidemia da doença até junho de 2020, mais de 1 milhão de casos de infecção por HIV, sendo as maiores concentrações localizadas nas regiões Sudeste e Sul, as quais, juntas, correspondem a 71% do total de casos. Entre 2015 e 2019, o Brasil apresentou, em média, 39 mil novos casos da doença a cada ano. Quanto à mortalidade por HIV/AIDS no País, desde 1980 até dezembro de 2019, foram notificados em torno de 350 mil óbitos (BRASIL, 2020).

2.1.2 Caracterização da virologia

O HIV é um retrovírus, pertencente à subfamília dos *Lentiviridae*, e causador da AIDS, quando não tratado. Este vírus provoca uma disfunção imunológica crônica e progressiva do organismo, atacando células que contêm a glicoproteína de membrana CD4⁺ e outros correceptores, sobretudo CCR5, expresso predominantemente em linfócitos TCD4⁺, células dendríticas e macrófagos, e CXCR4, expresso em células T ativadas (VERONESI & FOCACCIA, 2015).

Os principais alvos do vírus são os linfócitos TCD4⁺, células que memorizam, reconhecem e destroem microrganismos invasores. Incapacitado de se defender, o corpo humano torna-se mais vulnerável às infecções oportunistas, tipos raros de câncer e outras alterações com alto grau de letalidade (JÚNIOR & CIOSEK, 2018). Além da maior suscetibilidade às

infecções, os doentes apresentam perda de peso acentuada e astenia (REIS, 2014).

Quanto ao mecanismo de ação do HIV, primeiramente ocorre a ligação da proteína viral gp120 com a molécula CD4⁺ e os outros correceptores da célula hospedeira. Após, a proteína viral gp41 é ativada, promovendo a fusão entre o envelope do vírus e a membrana celular e permitindo a introdução do RNA viral na célula, o qual é transcrito numa cópia de DNA complementar de fita dupla pela enzima transcriptase reversa. Então, o cDNA é inserido no DNA celular pela enzima integrase e inicia-se a produção de RNA mensageiro viral, o qual será utilizado na síntese do genoma do HIV (MURPHY, 2014).

Existem dois tipos de HIV identificados: HIV-1 e HIV-2 (BRITO, 2011). O genoma do HIV-2 é semelhante em cerca de 50% com o genoma do HIV-1, no entanto, apresentam diferenças na composição de aminoácidos e no peso molecular (WIGG, 2008). O HIV-1 possui índices de patogenicidade superiores, é predominante e mais disseminado pelo mundo, enquanto o HIV-2 é menos virulento e mais restrito à África Ocidental (BIRD et al., 2003; NTEMGWA et al., 2009).

Em relação ao modo de transmissão, o HIV pode ser transmitido por via sexual (esperma e secreção vaginal), pelo sangue (via parenteral e vertical) e pelo leite materno. Portadores do vírus são transmissores desde o momento de aquisição da infecção, porém, aqueles que se encontram na fase aguda da doença ou com imunossupressão avançada têm elevada concentração de HIV no sangue e nas secreções sexuais, transmitindo com maior facilidade o vírus. Além disso, alguns processos infecciosos e inflamatórios favorecem a transmissão do HIV, como doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), a exemplo: sífilis, herpes genital e cancro mole (BRASIL, 2010).

2.1.3 Progressão da doença

A evolução clínica da infecção pelo HIV apresenta três estágios: fase aguda ou infecção primária, fase de latência clínica ou assintomática, e fase sintomática, na qual ocorre o desenvolvimento da AIDS.

A fase aguda ocorre nas primeiras semanas após o contágio, quando o vírus está sendo replicado de modo intenso nos tecidos linfoides. Durante essa

fase, tem-se carga viral elevada e níveis decrescentes de linfócitos, especialmente TCD4⁺, pois são recrutados para a reprodução viral. Como em outras infecções virais agudas, este estágio é acompanhado por um conjunto de manifestações clínicas, denominado Síndrome Retroviral Aguda (SRA), incluindo febre, cefaleia, astenia, adenopatia, faringite, exantema e mialgia, além de sintomas digestivos. Porém, a SRA é autolimitada e grande parte dos sintomas desaparece em três a quatro semanas. Nesta fase, o diagnóstico é pouco realizado, devido ao baixo índice de suspeita clínica e da dificuldade de se detectar anticorpos (BRASIL, 2018).

A fase de latência clínica, que pode durar cerca de 10 anos ou mais, caracteriza-se pela ausência de sintomas. Neste estágio, o vírus ainda está ativo, mas se reproduz em níveis muito baixos (CDC, 2021). O exame físico costuma ser normal, exceto pela linfadenopatia (aumento dos gânglios linfáticos), a qual pode persistir após a infecção aguda. Ainda, podem ser constatadas alterações nos exames laboratoriais, como plaquetopenia e leucopenia. Este período tem grande importância na transmissão do vírus, uma vez que um percentual significativo de pessoas desconhece seu estado sorológico positivo e mantém sua atividade sexual habitual (BRASIL, 2018).

Com a progressão da infecção e o aumento da carga viral, intensificam-se sintomas apresentados na fase aguda e observa-se a redução dos linfócitos TCD4⁺ a valores abaixo de 200 células por mm³ (BENNETT et al., 2017). Além disso, são constatadas manifestações atípicas de doenças bacterianas, resposta tardia a antibioticoterapia ou reativação de infecções antigas. Neoplasias e infecções oportunistas, como pneumocistose, tuberculose pulmonar atípica/disseminada e meningite criptocócica, definem a fase sintomática, isto é, o aparecimento da AIDS. As neoplasias mais comuns são sarcoma de Kaposi (SK), linfoma não Hodgkin e câncer cervical. Devido ao comprometimento de determinados órgãos, o vírus também pode causar miocardiopatia, nefropatia e neuropatias (BRASIL, 2018).

Vale ressaltar que nem todos os indivíduos infectados pelo HIV chegam a desenvolver a AIDS. Para isso, o diagnóstico precoce e a realização correta do tratamento, mantendo a replicação viral suprimida, são muito importantes. No entanto, estes pacientes ainda podem transmitir o vírus a outras pessoas quando

não tomam as devidas medidas de prevenção (BRASIL, s.d.).

2.2 Terapia Antirretroviral Combinada (TARV)

2.2.1 Caracterização da TARV

Em 1987, a agência norte-americana reguladora de medicamentos e alimentos (Food and Drug Administration - FDA) aprovou a zidovudina (AZT) para o tratamento da AIDS, medicamento pertencente ao grupo dos antirretrovirais. Esta classe de fármacos é empregada contra infecções causadas por retrovírus e para profilaxia de doenças oportunistas, como a pneumocistose (JÚNIOR & CIOSAK, 2018).

A partir de novas pesquisas com outras drogas, ampliou-se as opções de tratamento anti-HIV, de modo que, entre 1993 e 1994, surgiram os primeiros estudos com combinações duplas de medicamentos (TARV dupla), sendo utilizadas as seguintes associações: zidovudina e didanosina, zidovudina e zalcitabina ou zidovudina e lamivudina. No ano de 1996, a TARV tríplice, considerada mais eficaz, tornou-se padrão no mundo (ROSSI et al., 2012). Conhecida também como Terapia Antirretroviral Potente ou Terapia Antirretroviral de Alta Eficácia, a TARV tríplice é composta por duas classes de fármacos, separadas conforme sua ação, sendo elas: inibidores de transcriptase reversa nucleosídeo-nucleotídeo (ITRNs); inibidores de transcriptase reversa não-nucleosídeo (ITRNNs); inibidores de protease (IPs); inibidores de integrase (INIs) e inibidores de fusão (CARVALHO et al., 2019).

As combinações de medicamentos são capazes de inibir a reprodução do vírus no organismo, reconstituir as defesas imunológicas e diminuir a probabilidade do aparecimento de cepas virais mais resistentes (FERNANDES & BRUNS, 2021). Com o emprego da TARV e de marcadores biológicos, como CD4⁺ e carga viral, os quais permitem o monitoramento da progressão da infecção por HIV, a AIDS passou a ser considerada uma doença de caráter crônico e potencialmente controlável. Isso contribuiu significativamente para a melhora da qualidade de vida e aumento da sobrevida dos pacientes (BRASIL, 2008).

2.2.2 A TARV no Brasil

A Constituição Federal de 1988 estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado. Fundamentada neste contexto, em 1996, foi promulgada a Lei nº 9.313/96, garantindo a distribuição gratuita dos antirretrovirais à população pelo Sistema Único de Saúde (SUS), através de uma ampla rede de serviços (REIS, 2014). O Brasil é um dos poucos países que disponibiliza, integralmente, a assistência às PVHA (BRASIL, 2010).

Nesse cenário, a política brasileira de controle da epidemia da AIDS tem sido citada como modelo para outros países em desenvolvimento e para os Estados Unidos (BARROS & SILVA, 2017). Em 2013, o Brasil se tornou o terceiro país do mundo a preconizar o início imediato da TARV para todas as pessoas infectadas com HIV, independentemente da quantidade de linfócitos TCD4⁺ e carga viral (CARVALHO et al., 2019).

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (2018), publicado pelo Ministério da Saúde, define como primeira linha de tratamento a associação de lamivudina e tenofovir (ITRNs) ao dolutegravir (INI), exceto em casos de contraindicação ou intolerância aos fármacos. Atualmente, no País, são disponibilizados 22 medicamentos para compor a TARV (SILVA, 2016).

No Brasil, a dispensação dos antirretrovirais ocorre nas farmácias das unidades de saúde que prestam assistência às PVHA, chamadas Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDMs). A aquisição dos medicamentos é realizada de forma centralizada pelo Ministério da Saúde, sendo subsidiada integralmente por recursos públicos (BRASIL, 2004).

2.2.2.1 Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDMs)

As Unidades Dispensadoras de Medicamentos estão presentes em todos os estados do País e localizadas nos serviços que prestam atendimento aos pacientes com HIV, a exemplo: Serviços de Assistência Especializada (SAEs), Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs), hospitais-dia, entre outros (HALLAL et al., 2010). Estas unidades realizam a gestão e dispensação dos

antirretrovirais, sem prejuízo à dispensação de outros medicamentos, além de ações voltadas à orientação e acompanhamento dos pacientes.

As UDMs têm seu funcionamento regulamentado pela Lei nº 5.991/73, a qual dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. De acordo com esta norma, as responsabilidades do farmacêutico vão desde a conversão da matéria prima em medicamento até o seu uso pelo paciente. Por sua vez, a Portaria nº 344/98 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial, traz o farmacêutico como profissional responsável pela guarda dos antirretrovirais (BRASIL, 2004).

Nesses locais, o dispensador é um profissional com, no mínimo, nível médio, devidamente treinado e qualificado para atender o paciente, sob supervisão do farmacêutico. Ainda, estas unidades utilizam, para seu gerenciamento, o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), ferramenta do Ministério da Saúde que possui três finalidades principais: cadastramento dos pacientes em tratamento, controle da dispensação de medicamentos e controle do estoque de antirretrovirais (BRASIL, 2013).

2.2.3 Adesão ao tratamento

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define adesão ao tratamento como *“a medida com que o comportamento de uma pessoa corresponde às recomendações de um profissional da saúde”*, de modo que deve ser compreendida não só como o uso correto dos medicamentos, mas também como o seguimento das orientações não medicamentosas, o comparecimento às consultas agendadas, a realização dos exames solicitados e as retiradas dos medicamentos na data prevista (BOLLELA et al., 2016). Considera-se a adesão também como o resultado de um trabalho colaborativo entre paciente e profissional de saúde, em que a participação efetiva do paciente nas decisões sobre a terapia facilita a aceitação e a incorporação de determinado esquema terapêutico no seu cotidiano (BRASIL, 2018).

No ano de 2020, entre a população mundial de portadores de HIV que tinham acesso à TARV, cerca de 90% haviam alcançado a diminuição da carga

viral (UNAIDS, 2021), mostrando a importância da farmacoterapia. Existe uma relação direta entre supressão viral sustentada e ingestão acima de 95% das doses de antirretrovirais, sendo que alguns estudos apontam que níveis de adesão inferiores a 95% estão relacionados a taxas menores de supressão viral e risco de falha virológica (ROCHA et al., 2015). Portanto, para o tratamento antirretroviral, altos níveis de adesão ao tratamento são essenciais para o sucesso terapêutico.

No entanto, pacientes com HIV podem encontrar dificuldades em alcançar esta adesão, uma vez que precisam utilizar vários medicamentos de forma contínua e incorporar novos hábitos ao seu estilo de vida, incluindo suspensão do uso de drogas lícitas e ilícitas, prática de exercícios físicos regulares, adoção de uma dieta mais saudável, entre outros (BOLLELA et al., 2016). Outro fator que pode contribuir para uma baixa adesão é a necessidade de deslocamento frequente aos serviços de saúde, o que gera custos ao paciente (VELASCO et al., 2009).

Para avaliar a adesão à TARV, existem muitos métodos com diferentes abordagens que podem ser empregados. A contagem de linfócitos TCD4⁺ e a quantificação da carga viral são os melhores indicadores do estado imunológico e da atividade de replicação do vírus, uma vez que se alteram frente à presença do medicamento. A avaliação do histórico de retiradas dos medicamentos, através de relatórios do SICLOM, é um recurso que permite identificar os pacientes com retiradas irregulares ou em risco de abandono do tratamento. Neste caso, considera-se que o indivíduo que retira sua medicação regularmente, dentro do período estipulado, seria mais aderente do que os que não exibem este comportamento (BONOLO et al., 2007; HONG et al., 2013). Por fim, outro exemplo seria o autorrelato do paciente, uma ferramenta bastante utilizada para estimar a quantidade de doses perdidas/esquecidas dos medicamentos, apesar de ser limitada por confiar-se na memória do paciente (WALSH et al., 2002; PRIMO, 2015).

Nesse cenário, as UDMs são estabelecimentos que desempenham um papel muito importante em promover a adesão ao tratamento, pois é onde o paciente retira os medicamentos antirretrovirais mensalmente e tem um contato mais frequente com os profissionais de saúde, oportunizando a intervenção da

equipe multidisciplinar que, treinada, poderá auxiliar este indivíduo no sentido de maximizar a efetividade do tratamento (BRASIL, 2004).

2.3 Atenção Farmacêutica

Em 1990, Hepler e Strand definiram a Atenção Farmacêutica como “*a provisão responsável do tratamento farmacológico com o objetivo de alcançar resultados satisfatórios na saúde, melhorando a qualidade de vida do paciente*”. Este conceito continua sendo o mais aceito e citado pelos estudiosos (PEREIRA & FREITAS, 2008).

No Brasil, o Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (2002), composto pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS), Ministério da Saúde e outras entidades, definiu os macros componentes da prática profissional para o exercício da Atenção Farmacêutica: educação em saúde (promoção do uso racional de medicamentos), orientação farmacêutica, dispensação de medicamentos, atendimento farmacêutico, acompanhamento farmacoterapêutico e registro sistemático das atividades (IVAMA et al., 2002).

Em suma, a Atenção Farmacêutica é uma prática da atividade farmacêutica que prioriza a orientação, o acompanhamento farmacoterapêutico e a relação direta entre o farmacêutico e o usuário de medicamentos (PEREIRA & FREITAS, 2008).

A Resolução do Conselho Federal de Farmácia (CFF) nº 585/13 regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico no exercício profissional, as quais podem ser divididas entre as relacionadas ao cuidado à saúde, nos âmbitos individual e coletivo, as relativas à comunicação e educação em saúde e as referentes à gestão da prática, produção e aplicação do conhecimento. Entre estas atribuições, se encontram:

- Estabelecer e conduzir uma relação de cuidado centrada no paciente;
- Participar do planejamento e da avaliação da farmacoterapia, para que o paciente utilize de forma segura os medicamentos de que necessita, nas doses, frequência, horários, vias de administração e duração adequados, contribuindo para que o mesmo tenha condições de realizar o tratamento e alcançar os objetivos terapêuticos;

- Avaliar e acompanhar a adesão dos pacientes ao tratamento, e realizar ações para a sua promoção;
- Informar, orientar e educar os pacientes, a família, os cuidadores e a sociedade sobre temas relacionados à saúde, ao uso racional de medicamentos e a outras tecnologias em saúde;
- Participar da coordenação, supervisão, auditoria, acreditação e certificação de ações e serviços no âmbito das atividades clínicas do farmacêutico.

Na Atenção Farmacêutica, muitas vezes, as ações do farmacêutico são atos clínicos individuais. Contudo, as sistematizações das intervenções farmacêuticas e a troca de informações dentro de um sistema composto por equipe multidisciplinar podem contribuir para o impacto no nível coletivo e para a promoção do uso racional de medicamentos (BRASIL, 2010).

2.3.1 Atenção Farmacêutica a PVHA

Tendo em vista as atribuições clínicas do farmacêutico, este profissional desempenha um papel fundamental no estímulo à adesão a TARV, pois está em contato com o usuário no momento da dispensação do medicamento, tendo a oportunidade de interagir diretamente com o paciente e prestar orientações específicas. Este profissional também atua no monitoramento de possíveis efeitos adversos e interações medicamentosas e auxilia nas transições do cuidado entre níveis de atenção à saúde (BOLLELA et al., 2016).

Na literatura, alguns estudos têm demonstrado a eficácia da Atenção Farmacêutica na redução de agravamentos em pacientes portadores de HIV e na melhora da sua qualidade de vida. Delorenze et al. (2005) realizou um estudo retrospectivo, em um hospital do norte da Califórnia, no qual foram avaliadas as prescrições de 5473 pacientes portadores de HIV/AIDS. Os pesquisadores identificaram erros de medicação, distribuídos em prescrições dispensadas de forma incorreta e contra-indicações. Após implantarem um programa de Atenção Farmacêutica e um sistema informatizado de análise de prescrições, os erros observados praticamente desapareceram. Outro estudo, conduzido em um centro de atendimento especializado no nordeste brasileiro, investigou a influência do acompanhamento farmacoterapêutico na qualidade de vida de 45

pacientes com HIV. O acompanhamento durou nove meses, sendo a qualidade de vida dos participantes avaliada no 1° e 9° encontros através de um questionário. Identificaram-se 643 problemas relacionados aos antirretrovirais e realizaram-se 590 intervenções farmacêuticas. Os resultados encontrados sugeriram que o acompanhamento farmacêutico contribuiu para a melhora da qualidade de vida dos pacientes, sobretudo dos sintomáticos e/ou com até um ano de diagnóstico (LOUREIRO et al., 2012).

Na revisão sistemática conduzida por Ahmed et al. (2021), foram incluídos ensaios clínicos randomizados e não-randomizados e avaliado o efeito da intervenção farmacêutica na melhoria da adesão à TARV, supressão da carga viral e aumento da contagem de linfócitos TCD4⁺ em pacientes vivendo com HIV/AIDS. Constatou-se um impacto significativo dos cuidados farmacêuticos nestes parâmetros e as principais intervenções farmacêuticas que demonstraram resultados traziam a educação em saúde aliada a outras intervenções como reconciliação medicamentosa, ajustes de dosagem, rastreamento de infecções oportunistas e suporte clínico.

3 JUSTIFICATIVA PARA REALIZAÇÃO DO TRABALHO

Na literatura, apesar de ser encontrado vários estudos descrevendo as contribuições do farmacêutico clínico na adesão ao tratamento de pacientes em geral (incluindo portadores de HIV), dados sobre os serviços farmacêuticos ofertados às PVHA no Brasil são escassos, assim como informações em relação aos profissionais que prestam estes serviços. Portanto, a presente proposta contribuirá com a identificação e caracterização dos serviços farmacêuticos ofertados às PVHA usuárias das UDMs brasileiras.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Identificar a oferta e tipos de serviços farmacêuticos prestados às PVHA nas UDMs brasileiras.

4.2 Objetivos específicos

- Verificar a oferta de serviços farmacêuticos aos pacientes portadores de HIV nas UDMs;
- Caracterizar quais serviços farmacêuticos são prestados e sua frequência;
- Caracterizar os profissionais prestadores destes serviços.

5 METODOLOGIA

5.1 Delineamento do estudo

O presente estudo seguirá um modelo de estudo transversal, conduzido por meio de uma *websurvey*.

5.2 Local de origem e realização

A pesquisa está sendo proposta por pesquisadora vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia e Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, ambos da UFRGS, e graduanda em Farmácia da UFRGS. O estudo será realizado em ambiente virtual, através de questionário aplicado pela internet, por meio de link de acesso a formulário eletrônico.

5.3 Amostragem

5.3.1 População

A população do presente estudo será constituída pelos farmacêuticos das Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDMs) brasileiras.

5.3.2 Amostra

A amostra compreenderá todos os profissionais responsáveis pelas UDMs cadastradas no SICLOM, considerando o mês de início da coleta de dados. Serão incluídos todos os profissionais responsáveis pelas UDMs cadastradas no SICLOM que aceitarem participar da pesquisa. Em 28/01/2022, 1.230 UDMs estavam cadastradas no SICLOM. Dessa forma, a amostra inicial prevista é de 1.230 profissionais participantes.

5.4 Instrumento de coleta de dados

A pesquisa será realizada por meio da aplicação de um questionário disponibilizado em formulário eletrônico enviado por e-mail.

O questionário contemplará questões sobre:

- Identificação do respondente: gênero, idade, profissão, tempo de profissão, tempo de atuação na UDM.
- Oferta atual de serviços farmacêuticos aos pacientes portadores de HIV na unidade (sim/não).
- Caracterização dos tipos de serviços farmacêuticos prestados e frequência da oferta destes serviços. Será verificado a oferta de um ou mais dos seguintes serviços farmacêuticos: rastreamento em saúde, educação em saúde, dispensação, monitorização terapêutica de medicamentos, conciliação de medicamentos, revisão da farmacoterapia, gestão da condição de saúde, acompanhamento farmacoterapêutico, orientação farmacêutica, visita domiciliar, outro. Esses são os principais serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade definidos pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF,2016).

O questionário será primeiro testado em formato impresso para adequação das questões e, posteriormente, adaptado para o formulário eletrônico Google Forms®.

5.5 Coleta dos dados

A partir de planilha contendo o cadastro da UDMs brasileiras, a qual apresenta acesso aberto no site do SICLOM (<http://azt.aids.gov.br/>), serão obtidos os telefones para contato. Em seguida, cada UDM será contatada por telefone por uma das pesquisadoras para apresentar os objetivos deste projeto ao farmacêutico e sensibilizá-lo a participar da pesquisa. O convite de participação será enviado posteriormente por e-mail.

Segue roteiro do texto a ser lido aos possíveis participantes quando da ligação telefônica:

“Bom dia/boa tarde. Me chamo “nome da pesquisadora” e faço parte da equipe de pesquisa que está sendo desenvolvida na UFRGS sobre serviços farmacêuticos prestados às PVHA nas UDMs brasileiras.

Gostaria de conversar com o responsável pela UDM.

Estão sendo contatadas os responsáveis das UDMs de todo o País. A participação é voluntária e consiste em responder a um formulário eletrônico pelo Google Forms®, acessado através de um link enviado por e-mail, caso aceite participar da pesquisa. O questionário levará no máximo 5 minutos para ser respondido.

A sua participação é muito importante para que possamos obter um panorama nacional dos serviços farmacêuticos ofertados nas UDMs com potencial de contribuir para a melhoria da adesão ao tratamento das PVHA.

Este projeto foi aprovado pelo CEP da UFRGS.

Estamos disponíveis para resolver qualquer dúvida sobre sua participação neste projeto.”

Os e-mails serão enviados para todos os farmacêuticos, em lista oculta. No e-mail haverá um texto padronizado com a apresentação do projeto e o link para acesso ao formulário eletrônico. O respondente somente terá acesso ao questionário após ler e aceitar o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Segue o texto a ser enviado via e-mail aos participantes:

"Olá, você está sendo convidada(o) a participar da pesquisa intitulada "Serviços farmacêuticos prestados às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA) em Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDMs) brasileiras".

O objetivo é obter um panorama nacional dos serviços farmacêuticos ofertados nas UDMs com potencial de contribuir para a melhoria da adesão ao tratamento das PVHA.

As pesquisadoras são as discentes Julia Paim da Luz e Tatiana da Silva Sempé, orientadas pela Professora Tatiane da Silva Dal Pizzol, da Faculdade de Farmácia da UFRGS.

A pesquisa é destinada aos responsáveis pelas UDMs cadastradas no SICLOM. O questionário levará no máximo 5 minutos para ser respondido, o que poderá ser feito em qualquer equipamento com acesso à internet.

O questionário possui duas partes: a) dados sociodemográficos; b) oferta de serviços farmacêuticos e, em caso positivo, tipo de serviço prestado.

Não coletaremos seu e-mail para garantir total confidencialidade de sua identificação.

É muito importante que antes de responder você leia o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TECLE) para compreender objetivos, riscos e benefícios da pesquisa.

Você pode fazer download do TECLE e guardar com você, lá tem o contato do CEP da UFRGS, para tirar dúvidas.

Desde já, agradecemos sua colaboração.

Segue o link do questionário: <link do questionário>

Atenciosamente,

Profa. Tatiane da Silva Dal Pizzol, Julia Paim da Luz e Tatiana da Silva Sempé
Faculdade de Farmácia da UFRGS"

Serão enviados e-mails lembrete sete dias após o envio do primeiro e-mail, a fim de aumentar a taxa de resposta.

5.6 Processamento e análise dos dados

Os dados preenchidos em formulário eletrônico serão exportados e analisados no programa SPSS v.18, observando as orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), em documento mencionado a seguir.

Serão realizadas análises descritivas e os resultados expressos em média e desvio-padrão, para variáveis contínuas paramétricas, mediana e percentis 25 e 75, para variáveis contínuas não paramétricas, e frequências para variáveis categóricas.

5.7 Aspectos éticos

O projeto será submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS (CEP/UFRGS). O estudo será desenvolvido em conformidade com os critérios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466 de dezembro de 2012, que aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, e Resolução nº 510 de abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes e informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana.

Tendo em vista que a coleta de dados será obtida em ambiente virtual, serão observadas as orientações presentes no documento da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (Orientações para Procedimentos em Pesquisa com Qualquer Etapa em Ambiente Virtual), disponível no site do CEP/UFRGS.

Os possíveis riscos decorrentes da participação no estudo serão o tempo de preenchimento do questionário, caso não seja compatível com a disponibilidade do participante, a existência de algumas questões que possam gerar um certo desconforto por tratarem de assuntos pessoais, e o fato da coleta de dados em meio virtual não ser 100% segura. Quanto às duas primeiras situações, o participante será informado que mesmo que tenha concordado em participar da pesquisa, poderá desistir de responder o questionário, a qualquer momento, ou “pular” as perguntas que lhe causarem algum constrangimento. Sobre o terceiro risco mencionado, os voluntários estarão cientes de que as pesquisadoras usarão computadores com antivírus e, após concluída a coleta de dados, realizarão o download das informações coletadas para um dispositivo eletrônico local e todos os dados da plataforma digital serão apagados, evitando o vazamento de informações.

No TCLE, dar-se-á ênfase ao fato da participação dos sujeitos de pesquisa ser totalmente voluntária e de que os mesmos poderão desistir de participar e retirar seu consentimento, sem necessidade de qualquer justificativa. Porém, após o envio do questionário completo, não haverá como retirar as respostas da base de dados, uma vez que não serão coletadas informações que identifiquem o participante, não permitindo a exclusão.

A privacidade dos participantes será sempre respeitada e os dados coletados serão tratados de forma confidencial. Os resultados serão apresentados ou publicados de forma conjunta, sem a identificação dos sujeitos de pesquisa.

5.8 Orçamento

As ligações telefônicas serão feitas na Faculdade de Farmácia. Demais despesas da pesquisa serão de responsabilidade da pesquisadora proponente, tais como contatos telefônicos pelo celular da proponente.

5.9 Tratamento de resíduos químicos e biológicos

Não se aplica à presente proposta.

6 CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

O cronograma previsto para a pesquisa será executado após aprovação pelo CEP/UFRGS.

Identificação da Etapa	Início (dd/mm/aaaa)	Término (dd/mm/aaaa)
Levantamento bibliográfico	31/01/2022	31/08/2022
Coleta de dados	01/03/2022	30/06/2022
Análise e interpretação dos resultados	01/07/2022	31/08/2022
Redação do trabalho de conclusão de curso	01/08/2022	31/10/2022

7 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS E PERSPECTIVAS COM O PROJETO

Os resultados do projeto serão apresentados ao curso de graduação em Farmácia da UFRGS, como requisito parcial para aprovação da estudante de graduação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso. Além disso, pretende-se publicar o estudo em periódico indexado de referência da área farmacêutica ou área afim.

Os achados encontrados poderão contribuir com o desenvolvimento da assistência farmacêutica no contexto do HIV/AIDS, auxiliando na construção de estratégias para o acompanhamento farmacoterapêutico e para a avaliação da adesão ao tratamento de PVHA, além de estimular a comunidade de profissionais envolvidos com o cuidado ao paciente, nas UDMs, a implementar serviços farmacêuticos adequados às suas necessidades e realidade.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHMED, A.; DUJAILI, J. A.; REHMAN, I. U.; HONG, A. C. L.; HASHMI, F. K. H.; AWAISU, A.; CHAIYAKUNAPRUK, N. Effect of pharmacist care on clinical outcomes among people living with HIV/AIDS: A systematic review and meta-analysis. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.07.020>. Acesso em: nov. 2021.

BARROS, S. G.; SILVA, L. M. V. A terapia antirretroviral combinada, a política de controle da Aids e as transformações do Espaço Aids no Brasil dos anos 1990. *Revista Saúde em Debate*, 2017; 41(3): 114-128.

BENNETT, J. E.; DOLIN, R.; BLASER, M. J. Mandell, Douglas, and Bennett's *Infectious Disease Essentials*, 8ª ed. Philadelphia: Elsevier, 2017.

BIRD, L. E.; PHILIP, P. C.; GUILLAUME, B. E.; STEWART-JONES, J. R.; STUART, D. I. Cloning, expression, purification, and crystallisation of HIV-2 reverse transcriptase. *Protein Expression and Purification*, 2003; 27: 12-18.

BOLLELA, V. R.; PRIMO, L. P.; MAURIZ, R. C. L. F.; MOREJÓN, K. M. L. *Adesão: o presente e o futuro na luta para o controle do HIV/AIDS*. São Paulo: FUNPEC-Editora, 2016.

BONOLO, P. F.; GOMES, R. R. F. M.; GUIMARAES, M. D. C. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2007; 16(4): 267-278.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução CFF nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2013. Seção 1, p. 186.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI). O que é HIV. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv>. Acesso em: nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI). *Boletim Epidemiológico HIV/AIDS*. Brasília, dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos*. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Doenças Infecciosas e Parasitárias: Guia de Bolso*, 8ª ed. Brasília, 2010.

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

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. *Manual de Adesão ao Tratamento para Pessoas Vivendo com HIV e AIDS*. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. *Diagnóstico das Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais*. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria Conjunta nº 1 de 16 de janeiro de 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2013/poc01_16_01_2013.html. Acesso em: nov. 2021.

BRITO, M. A. Fármacos recentes usados para o tratamento da infecção pelo HIV-1: enfuvirtida, maraviroc, raltegravir e etravirina. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, 2011; 32(2): 159-168.

CARVALHO, P. P.; BARROSO, S. M.; COELHO, H. C.; PENAFORTE, F. R. O. Fatores associados à adesão à terapia antirretroviral em adultos: revisão

integrativa de literatura. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 2019; 24(7): 2543-2555.

CDC - Centers for Disease Control and Prevention. About HIV, jun. 2021. Disponível em: <https://www.cdc.gov/hiv/basics/index.html>. Acesso em: nov. 2021.

CFF - Conselho Federal de Farmácia. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual / Conselho Federal de Farmácia. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016.

DELORENZE, G. N.; FOLLANSBEE, S. F.; NGUYEN, D. P.; KLEIN, D. B.; HORBERG, M.; QUESENBERRY, C. P.; BLICK, N. T.; TSAI, A. L. Medication error in the care of HIV/AIDS patients: electronic surveillance, confirmation, and adverse events. Medical Care, 2005; 43(9): 63-68.

DUARTE, R. G. Sexo, sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis. São Paulo: Moderna, 1995.

FERNANDES, I.; BRUNS, M. A. T. Revisão sistematizada da literatura científica nacional acerca da história do HIV/AIDS. Revista Brasileira de Sexualidade Humana, 2021; 32(1): 60-67.

FORATTINI, O. P. AIDS e sua origem. Revista de Saúde Pública, v. 27, n. 3, p. 153-156. São Paulo, jun. 1993.

HALLAL, R.; RAVASI, G.; KUCHENBECKER, R.; GRECO, D. O acesso universal ao tratamento antirretroviral no Brasil. Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva, 2010; 4(2): 53-65.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. American Journal of Hospital Pharmacy, 1990; 47(3): 533-543.

HILL, L. A.; BALLARD, C.; CACHAY, E. R. The role of the clinical pharmacist in the management of people living with HIV in the modern antiretroviral era. AIDS Reviews, 2019; 21(4): 195-210.

IVAMA, A. M.; NOBLAT, L.; CASTRO, M. S.; OLIVEIRA, N. V. B. V.; JARAMILLO, N. M.; RECH, N. Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica - Proposta. Atenção Farmacêutica no Brasil: "Trilhando Caminhos". Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

JÚNIOR, S. S. N.; CIOSAK, S. I. Terapia antirretroviral para HIV/AIDS: o estado da arte. Revista de Enfermagem UFPE On line (REUOL), abr. 2018; 12(4): 1103-11.

LOUREIRO, C. V.; REIS, H. P. L. C.; MAGALHÃES, K. N.; CARMO, C. P. ; LEITE, F. A. M.; PASSOS, A. C. B.; FIRMINO, P. Y. M.; KHEIR, N.; WOODS, D.

J.; PONCIANO, A. M. S.; FONTELES, M. M. F. Quality of life of HIV⁺ patients undergoing pharmacotherapeutic follow-up. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 2012; 48(4).

MURPHY, K. *Imunobiologia de Janeway*, 8^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

NTEMGWA, M. L.; D'AQUIN, T. T.; BRENNER, B. G.; CAMACHO, R. J.; WAINBERG, M. A. Antiretroviral drug resistance in human immunodeficiency virus type 2. *Antimicrob Agents Chemother*, 2009; 53(9): 3611-9.

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

PINTO, A. C. S.; PINHEIRO, P. N. C.; VIEIRA, N. F. C.; ALVES, M. D. S. Compreensão da pandemia da AIDS nos últimos 25 anos. *DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 2007; 19(1): 45-50.

PRIMO, L. P. Gestão do cuidado em HIV/AIDS: impacto da atuação do farmacêutico clínico na adesão à terapia antirretroviral (TARV). Dissertação (Mestrado em Gestão de Organizações de Saúde). Universidade de São Paulo - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2015.

REIS, H. P. L. C. Acompanhamento de pessoas com HIV sob terapia antirretroviral: adequação, aplicação e avaliação de indicadores clínico-laboratoriais, farmacoterapêuticos e humanísticos na atenção farmacêutica. Tese (Doutorado em Ciências Farmacêuticas). Universidade Federal do Ceará - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Fortaleza, 2014.

ROCHA, B. S.; SILVEIRA, M. P. T.; MORAES, C. G.; KUCHENBECKER, R.; DAL-PIZZOL, T. S. Pharmaceutical interventions in antiretroviral therapy: systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 2015; 40: 251-258.

ROSSI, S. M. G.; MALUF E. C. P.; CARVALHO, D. S.; RIBEIRO, C. E. L.; BATTAGLIN, C. R. P. Impacto da terapia antirretroviral conforme diferentes consensos de tratamento da AIDS no Brasil. *Revista Pan-Americana de Saúde Pública*, 2012; 32(2): 117–23.

RUSSELL, C. K.; BUNTING, S. M.; GRANEY, M.; HARTIG, M. T.; KISNER, P.; BROWN, B. Factors that influence the medication decision making of persons with HIV/aids: a taxonomic exploration. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 2003; 14(4): 46-60.

SANTOS, A. L. G. Uma construção dos saberes sobre a epidemia de AIDS: os formulários de notificação de casos em perspectiva (1982-98). Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1999.

SILVA, N. A. Análise dos resultados da implantação de consulta farmacêutica para pessoas vivendo com HIV/AIDS na farmácia escola do hospital universitário de Brasília. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade de Brasília - Faculdade de Farmácia. Brasília, 2016.

UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. Folha de Dados 2021: Estatísticas Mundiais sobre o HIV. Disponível em: https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2021/06/2020_11_19_UNAIDS_FactSheet_PORT_Revisada-Final.pdf. Acesso em: nov. 2021.

VELASCO, A. A.; SUBERVIOLA, M. L. S.; ESTEBAN, E. M. A.; SANZ, A. I. I.; LECUMBERRI, V. N. Factors associated with adherence in HIV patients. *Farmacia Hospitalaria*, 2009; 33(1): 4-11.

VERONESI, R.; FOCACCIA, R. *Tratado de Infectologia*, 5ª ed. São Paulo: Atheneu, 2015.

WALSH, J. C.; MANDALIA, S.; GAZZARD, B. G. Responses to a 1 month self-report on adherence to antiretroviral therapy are consistent with electronic data and virological treatment outcome. *AIDS Journal*, 2002; 16(2): 269-77.

WIGG, M. D. *Vírus da imunodeficiência humana. Introdução à Virologia Humana*, 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

ANEXO III
Questionário

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONDENTE

Qual seu gênero?

- Feminino
- Masculino
- Não-binário
- Prefiro não responder
- Outro: _____

Qual sua idade?

Qual sua profissão?

- Farmacêutico(a)
- Técnico(a) de Farmácia
- Auxiliar de Farmácia
- Enfermeiro(a)
- Técnico(a) de Enfermagem
- Prefiro não responder
- Outro: _____

Há quanto tempo atua nesta profissão (em anos)?

Se for menos de 1 ano, digite 0.

Selecione o estado em que você trabalha: *lista dos estados brasileiros*

Há quanto tempo atua na Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) (em anos)?

Se for menos de 1 ano, digite 0.

SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

Na sua UDM, existe atualmente a oferta de serviços farmacêuticos aos pacientes portadores de HIV?

“Serviços farmacêuticos compreendem um conjunto de atividades organizadas em um processo de trabalho, que visa a contribuir para prevenção de doenças, promoção, proteção e recuperação da saúde, e para a melhoria da qualidade de vida das pessoas.”

Fonte: Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: Conselho Federal de Farmácia (CFF), 2016.

- Sim
- Não

Se sim, quais os serviços farmacêuticos ofertados?

Marque o(s) serviço(s) farmacêutico(s) ofertados na sua UDM, de acordo com os conceitos estabelecidos pelo CFF descritos no documento “Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual” (2016).

Rastreamento em saúde

“Serviço que possibilita a identificação provável de doença ou condição de saúde, em pessoas assintomáticas ou sob risco de desenvolvê-las, pela realização de procedimentos, exames ou aplicação de instrumentos de entrevista validados, com subsequente orientação e encaminhamento do paciente a outro profissional ou serviço de saúde para diagnóstico e tratamento.”

- Sim
- Não

Se sim, com que frequência este serviço é ofertado?

- Todos os dias
- 3 ou 4 vezes por semana
- 1 ou 2 vezes por semana
- Menos de 1 vez por semana

Educação em saúde

“Serviço que compreende diferentes estratégias educativas, as quais integram os saberes popular e científico, de modo a contribuir para aumentar conhecimentos, desenvolver habilidades e atitudes sobre os problemas de saúde e seus tratamentos. Tem como objetivo a autonomia dos pacientes e o comprometimento de todos (pacientes, profissionais, gestores e cuidadores) com a promoção da

saúde, prevenção e controle de doenças, e melhoria da qualidade de vida. Envolve, ainda, ações de mobilização da comunidade com o compromisso pela cidadania.”

- Sim
- Não

Se sim, com que frequência este serviço é ofertado?

- Todos os dias
- 3 ou 4 vezes por semana
- 1 ou 2 vezes por semana
- Menos de 1 vez por semana

Dispensação

“Serviço proporcionado pelo farmacêutico, geralmente em cumprimento a uma prescrição de profissional habilitado. Envolve a análise dos aspectos técnicos e legais do receituário, a realização de intervenções, a entrega de medicamentos e de outros produtos para a saúde ao paciente ou ao cuidador, a orientação sobre seu uso adequado e seguro, seus benefícios, sua conservação e descarte, com o objetivo de garantir a segurança do paciente, o acesso e a utilização adequados.”

- Sim
- Não

Se sim, com que frequência este serviço é ofertado?

- Todos os dias
- 3 ou 4 vezes por semana
- 1 ou 2 vezes por semana
- Menos de 1 vez por semana

Monitorização terapêutica de medicamentos

“Serviço que compreende a mensuração e a interpretação dos níveis séricos de fármacos, com o objetivo de determinar as doses individualizadas necessárias para a obtenção de concentrações plasmáticas efetivas e seguras.”

- Sim
- Não

Se sim, com que frequência este serviço é ofertado?

- Todos os dias
- 3 ou 4 vezes por semana

- 1 ou 2 vezes por semana
- Menos de 1 vez por semana

Conciliação de medicamentos

“Serviço pelo qual o farmacêutico elabora uma lista precisa de todos os medicamentos (nome ou formulação, concentração/dinamização, forma farmacêutica, dose, via de administração e frequência de uso, duração do tratamento) utilizados pelo paciente, conciliando as informações do prontuário, da prescrição, do paciente, de cuidadores, entre outras. Este serviço é geralmente prestado quando o paciente transita pelos diferentes níveis de atenção ou por distintos serviços de saúde, com o objetivo de diminuir as discrepâncias não intencionais.”

- Sim
- Não

Se sim, com que frequência este serviço é ofertado?

- Todos os dias
- 3 ou 4 vezes por semana
- 1 ou 2 vezes por semana
- Menos de 1 vez por semana

Revisão da farmacoterapia

“Serviço pelo qual o farmacêutico faz uma análise estruturada e crítica sobre os medicamentos utilizados pelo paciente, com os objetivos de minimizar a ocorrência de problemas relacionados à farmacoterapia, melhorar a adesão ao tratamento e os resultados terapêuticos, bem como reduzir o desperdício de recursos.”

- Sim
- Não

Se sim, com que frequência este serviço é ofertado?

- Todos os dias
- 3 ou 4 vezes por semana
- 1 ou 2 vezes por semana
- Menos de 1 vez por semana

Gestão da condição de saúde

“Serviço pelo qual se realiza o gerenciamento de determinada condição de saúde, já estabelecida, ou de fator de risco, por meio de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e no cuidado,

com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos, reduzir riscos e contribuir para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde.”

- Sim
- Não

Se sim, com que frequência este serviço é ofertado?

- Todos os dias
- 3 ou 4 vezes por semana
- 1 ou 2 vezes por semana
- Menos de 1 vez por semana

Acompanhamento farmacoterapêutico

“Serviço pelo qual o farmacêutico realiza o gerenciamento da farmacoterapia, por meio da análise das condições de saúde, dos fatores de risco e do tratamento do paciente, da implantação de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e do acompanhamento do paciente, com o objetivo principal de prevenir e resolver problemas da farmacoterapia, a fim de alcançar bons resultados clínicos, reduzir os riscos, e contribuir para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde. Inclui, ainda, atividades de prevenção e proteção da saúde.”

- Sim
- Não

Se sim, com que frequência este serviço é ofertado?

- Todos os dias
- 3 ou 4 vezes por semana
- 1 ou 2 vezes por semana
- Menos de 1 vez por semana

OUTROS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

Na sua UDM, outro(s) serviço(s) farmacêutico(s) que não foi/foram contemplado(s) anteriormente é/são ofertado(s)? Descreva-o(s) sucintamente abaixo:

FINALIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Você gostaria de ser posteriormente informado(a) sobre os resultados obtidos com esta pesquisa?

- Sim
- Não

Agradecemos a sua participação!

ANEXO IV
Parecer do CEP-UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Serviços farmacêuticos prestados às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA) em Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDMs) brasileiras

Pesquisador: Tatiane da Silva Dal Pizzol

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55395622.4.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.247.365

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa "Serviços farmacêuticos prestados às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA) em Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDMs) brasileiras" é coordenado pela Profa Dra Tatiane da Silva Dal Pizzol e conta com a participação de Julia Paim da Luz.

A revisão de literatura apresentada versa sobre o vírus HIV e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, terapia antirretroviral (TARV) combinada e atenção farmacêutica e TARV. Segundo as pesquisadoras, apesar de ser encontrado vários estudos descrevendo as contribuições do farmacêutico clínico na adesão ao tratamento de pacientes em geral (incluindo portadores de HIV), dados sobre os serviços farmacêuticos ofertados às PVHA no Brasil são escassos, assim como informações em relação aos profissionais que prestam estes serviços. Assim, o objetivo primário será identificar a oferta e tipos de serviços farmacêuticos prestados às PVHA nas UDMs brasileiras.

Trata-se de estudo transversal, conduzido por meio de uma websurvey. A população do estudo será constituída pelos farmacêuticos das Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDMs) brasileiras. Para obtenção dos contatos dos farmacêuticos, serão utilizados dados provenientes de planilha contendo o cadastro da UDMs brasileiras, com acesso aberto no site do SICLOM (<http://azt.aids.gov.br/>), que contém a identificação das UDMs, localização, telefone e e-mail para

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro

Bairro: Farroupilha

CEP: 90.040-060

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-3738

Fax: (51)3308-4085

E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL -
PROPEAQ UFRGS



Continuação do Parecer: 5.247.365

contato. De acordo com as autoras, o número total de farmacêuticos cadastrados no sistema é de 1230 (em 1/08/2022). Serão excluídos os profissionais que aceitaram participar da pesquisa mas que não completaram o questionário.

De posse dos telefones das UDMs, as pesquisadoras entrarão em contato para apresentar os objetivos do projeto ao farmacêutico e sensibilizá-lo a participar da pesquisa. O convite de participação será enviado posteriormente por e-mail. Os e-mails serão enviados para todos os farmacêuticos, em lista oculta. No email haverá um texto padronizado com a apresentação do projeto e o link para acesso ao formulário eletrônico. O respondente somente terá acesso ao questionário após ler e aceitar o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Serão enviados e-mails lembrete sete dias após o envio do primeiro e-mail, a fim de aumentar a taxa de resposta. As estratégias de análise de dados foram apresentadas.

Constam no questionário perguntas quanto: gênero, idade, estado de residência, profissão, tempo de atuação na profissão, tempo de atuação na UDM, informações quanto aos serviços farmacêuticos ofertados na UDM para portadores do vírus HIV.

O projeto será realizado com financiamento próprio. O orçamento previsto é de R\$200,00, que serão custeados pela pesquisadora proponente. O início da coleta de dados está previsto para 01/03/2022. As pesquisadoras solicitam sigilo da íntegra do projeto de pesquisa pelo período de 1 ano.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

- a) elaborado na forma de convite ao participante;
- b) apresenta o objetivo da pesquisa e os procedimentos experimentais;
- c) apresenta uma síntese do conteúdo das perguntas;
- d) há descrição de riscos e benefícios aos participantes;
- e) informa que o não aceite em participar do estudo não interferirá na execução de atividades do participante no local de trabalho;
- f) informa que a participação é voluntária;
- g) há garantia de desistência e de retirada de consentimento, mas informa que após o envio do questionário completo, não haverá como retirar as respostas da base de dados.
- h) garante que a privacidade do participante será preservada e que os dados coletados serão

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL -
PROPESQ UFRGS



Continuação do Parecer: 5.247.365

tratados de forma confidencial. Não haverá coleta de dados que identifiquem o participante, sendo os resultados publicados de forma conjunta, sem identificação.

i) informa que a visualização do questionário ocorrerá após o aceite em participar da pesquisa. Porém apresenta o teor das perguntas para conhecimento pelo participante.

j) há possibilidade de obtenção de uma via do consentimento, pois as pesquisadoras disponibilizarão link no formulário com essa função.

l) informou-se a possibilidade de busca de indenização caso se tenha prejuízo decorrente da participação na pesquisa.

m) há contato da pesquisadora responsável e do CEP-UFRGS.

n) há explicação sobre o que é o CEP, qual sua função.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário será identificar a oferta e tipos de serviços farmacêuticos prestados às PVHA nas UDMs brasileiras.

Os objetivos secundários serão:

a) verificar a oferta de serviços farmacêuticos aos pacientes portadores de HIV nas UDMs;

b) caracterizar quais serviços farmacêuticos são prestados e sua frequência;

c) caracterizar os profissionais prestadores destes serviços.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com as pesquisadoras:

a) RISCOS - Os possíveis riscos decorrentes da participação no estudo serão o tempo de preenchimento do questionário, caso não seja compatível com a disponibilidade do participante, a existência de algumas questões que possam gerar um certo desconforto por tratarem de assuntos pessoais, e o fato da coleta de dados em meio virtual não ser 100% segura. Quanto às duas primeiras situações, o participante será informado que mesmo que tenha concordado em participar da pesquisa, poderá desistir de responder o questionário, a qualquer momento, ou “pular” as perguntas que lhe causarem algum constrangimento. Sobre o terceiro risco mencionado, os voluntários estarão cientes de que as pesquisadoras usarão computadores com antivírus e, após concluída a coleta de dados, realizarão o download das informações coletadas para um dispositivo eletrônico local e todos os dados da plataforma digital serão apagados, evitando o vazamento de informações.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro

Bairro: Farroupilha

CEP: 90.040-060

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-3738

Fax: (51)3308-4085

E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL -
PROPESQ UFRGS



Continuação do Parecer: 5.247.365

b) **BENEFÍCIOS** - Os resultados desta pesquisa poderão contribuir com o desenvolvimento da assistência farmacêutica no contexto do HIV/AIDS, auxiliando na construção de estratégias para o acompanhamento farmacoterapêutico e para a avaliação da adesão ao tratamento de PVHA, além de estimular a comunidade de profissionais envolvidos com o cuidado ao paciente, nas UDMs, a implementar serviços farmacêuticos adequados às suas necessidades e realidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Descritos no item "Apresentação do Projeto".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de Rosto: presente.
- Projeto de pesquisa: presente.
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: presente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a análise das respostas das pesquisadoras aos questionamentos encaminhados em parecer anterior, o projeto de pesquisa está em condições de aprovação quanto aos aspectos éticos para pesquisas em seres humanos, conforme as Resoluções CNS/MS 466/2012 e 510/2016. Foi observado o estabelecido no documento CNS/MS "Orientações para procedimentos em pesquisa com qualquer etapa em ambiente virtual", de 24 de fevereiro de 2021.

PENDÊNCIAS ENCAMINHADAS EM PARECER ANTERIOR:

- As pesquisadoras informam que o questionário será primeiro testado em formato impresso para adequação das questões e, posteriormente, adaptado para um formulário eletrônico (Google Forms® ou outra plataforma disponível gratuitamente). Prestar esclarecimento se é uma etapa piloto. Em caso positivo, apresentar o número de participantes, incluir o TCLE específico para tal etapa, e adicionar o grupo no Formulário de Submissão à Plataforma Brasil.

PENDÊNCIA ATENDIDA. Segundo as pesquisadoras, não se trata de uma etapa piloto. O questionário será testado entre as pesquisadoras para adequação das questões quando ao ordenamento, legibilidade e formato.

- No Projeto de pesquisa, Item 5.5 "Coleta dos dados":

a) Incluir o roteiro do texto a ser lido/apresentado aos possíveis participantes quando da ligação

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL -
PROPESQ UFRGS



Continuação do Parecer: 5.247.365

telefônica.

ATENDIDO.

b) Incluir o texto a ser enviado via e-mail aos farmacêuticos.

ATENDIDO.

- No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

a) Informar qual a Plataforma Virtual que será utilizada para a coleta dos dados. No projeto consta que será Google Forms.

ATENDIDO

b) As pesquisadoras informam que após o envio do questionário completo, não haverá como retirar as respostas da base de dados. Indicar no texto que a remoção dos dados não é possível pois não são coletados dados que identifiquem o participante e que permitam a exclusão.

ATENDIDO

b) Substituir a palavra "cópia" por "via".

ATENDIDO

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1887833.pdf	15/02/2022 09:24:35		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_HIV_farma_1402.pdf	15/02/2022 09:24:04	Tatiane da Silva Dal Pizzol	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	HIV_farma_1402.pdf	15/02/2022 09:23:48	Tatiane da Silva Dal Pizzol	Aceito
Outros	Resposta_parecer_HIV_farma.pdf	15/02/2022 09:23:30	Tatiane da Silva Dal Pizzol	Aceito
Outros	HIV_farma_questionario_2801.pdf	28/01/2022 17:07:31	Tatiane da Silva Dal Pizzol	Aceito
Folha de Rosto	folharosto_tsp2501assinada.pdf	28/01/2022 16:42:05	Tatiane da Silva Dal Pizzol	Aceito

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro

Bairro: Farroupilha

CEP: 90.040-060

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-3738

Fax: (51)3308-4085

E-mail: etica@propesq.ufrgs.br



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL -
PROPESQ UFRGS



Continuação do Parecer: 5.247.365

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 16 de Fevereiro de 2022

Assinado por:

Patrícia Daniela Melchiors Angst
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro

Bairro: Farroupilha

CEP: 90.040-060

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-3738

Fax: (51)3308-4085

E-mail: etica@propesq.ufrgs.br