

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA SAÚDE – UAB

Silvana Velho Pereira

ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E FARMACÊUTICA DE SERVIÇO
ESPECIALIZADO EM HIV/AIDS EM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL

Porto Alegre

2012

Silvana Velho Pereira

**ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E FARMACÊUTICA DE SERVIÇO
ESPECIALIZADO EM HIV/AIDS EM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização
apresentado ao Programa de Pós-Graduação em
Administração da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, como requisito parcial para a
obtenção do título de Especialista em
Administração.

Orientador: Roberta Alvarenga Reis
Tutor Orientador: Catia Bauer Maggi

Porto Alegre

2012

RESUMO

O sucesso da terapia antirretroviral para a Aids depende da manutenção de altas taxas de adesão ao tratamento. As diretrizes dos Consensos Terapêuticos apontam como determinantes da adesão o acesso a serviços especializados, que proporcionem qualidade da atenção no acompanhamento clínico e laboratorial dos pacientes. Este estudo tem como objetivo realizar um diagnóstico do atendimento do Serviço de Assistência Especializada de Osório/RS aos usuários adultos HIV positivos em terapia antirretroviral em relação às recomendações definidas pelos consensos terapêuticos vigentes, visando contribuir com o processo de planejamento da gestão da assistência prestada. Foi realizada uma análise descritiva exploratória do serviço, a uma amostra de 77 usuários em tratamento para Aids no período de abril/2011 à fevereiro/2012, através de coleta de dados em prontuários médicos e registros do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos Antirretrovirais (SICLOM). Baseou-se na descrição das características clínicas dos usuários, na avaliação da adequação do atendimento do serviço ao protocolo de Recomendações para Terapia Antirretroviral a Adultos Infectados pelo HIV, na análise da adesão dos usuários à terapia antirretroviral e de sua resposta terapêutica ao tratamento. O serviço obteve um índice de adequação de atendimento para 39 (50,6%) indivíduos, enquanto um total de 26 (33,8%) apresentaram-se como não-aderentes à terapia dos quais 15 (57,7%) indivíduos apresentaram resposta terapêutica insatisfatória ao tratamento. Os dados obtidos indicam a necessidade de implantação de monitoramento sistemático do atendimento aos usuários em terapia antirretroviral, para incrementar a qualidade da assistência prestada e, conseqüentemente, evitar situações que possam aumentar o risco de não adesão ao tratamento e falha terapêutica.

Palavras-chave: Aids, Terapia Antirretroviral, Monitoramento de Medicamentos, Adesão à Medicação.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS.....	6
1 INTRODUÇÃO.....	8
2 JUSTIFICATIVA	11
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
3.1 O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a Síndrome da Imunodeficiência adquirida (AIDS)	13
3.2 A Epidemia no mundo e no Brasil	16
3.3 A política de acesso universal à terapia antirretroviral – avanços e desafios	18
3.4 Organização da rede de assistência em HIV/Aids	20
3.5 A importância da adesão à terapia antirretroviral.....	23
3.6 O monitoramento do tratamento	30
4 OBJETIVOS	32
4.1 Objetivo Geral	32
4.2 Objetivos Específicos	32
5 MÉTODO	33
5.1 Tipo de Estudo	33
5.2 Período	33
5.3 Local	33
5.4 População de estudo	36
5.5 Medidas/Variáveis	37
5.6 Coleta de Dados	38
5.7 Análise dos Dados	39
5.8 Considerações Éticas	43
6 RESULTADOS	44

6.1	Seleção da amostra	44
6.2	Resultados e Discussão	46
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
8	RECOMENDAÇÕES	58
	REFERÊNCIAS	60
	Anexo 1- Autorização do Gestor	66
	Apêndice 1- Instrumento de Coleta de dados	67
	Apêndice 2 – Planilha de Encaminhamento de Pacientes	69
	Apêndice 3 – Ficha de Dispensação de Medicamentos	70

LISTA DE SIGLAS

ADT – Atendimento Domiciliar Terapêutico

AIDS – *Acquired Immunodeficiency Syndrome* - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

ARV – Antirretroviral

AZT – Zidovudina - Azidotimidina

CDC – *Centers for Disease Control*

CRS – Coordenadoria Regional de Saúde

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

CV – Carga Viral

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

HAART – *Highly Active Antiretroviral Therapy* – Terapia Antirretroviral Altamente Potente

HBV – Vírus da Hepatite B

HCV – Vírus da Hepatite C

HD – Hospital Dia

HIV – *Human Immunodeficiency Virus* - Vírus da Imunodeficiência Humana

IP - Inibidores da Protease

ITRN – Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa

ITRNN - Inibidores Não Nucleosídeos da Transcriptase Reversa

MRG – Médicos de Referência em Genotipagem

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PN-DST/AIDS - Programa Nacional de DST/AIDS

PVHA – Pessoas Vivendo com HIV/Aids

RENAGENO – Rede Nacional de Genotipagem

RNA – *Ribonucleic Acid* – Ácido Ribonucléico

SAE – Serviço de Assistência Especializada

SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos Antirretrovirais

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SISCEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais

SUS – Sistema Único de Saúde

TARV – Terapia antirretroviral

UBS – Unidade Básica de Saúde

UDM – Unidade de Dispensação de Medicamentos

1 INTRODUÇÃO

A epidemia da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), desde seu surgimento na década de 80, tornou-se um dos maiores desafios da humanidade e um relevante problema de saúde pública. Representa um fenômeno global, dinâmico e instável, cuja compreensão exigiu da comunidade científica um esforço para produzir conhecimento no campo da clínica, epidemiologia, sociologia, ética, entre outros, já que sua forma de ocorrência depende do comportamento humano individual e coletivo (CAMPOS, 2009, BRASIL, 2010d).

A infecção pelo HIV/Aids passou a ser vista como uma doença crônica e controlável após o surgimento, em 1992, da terapia antirretroviral combinada (TARV), que utilizava medicamentos antirretrovirais (ARV) em terapia dupla e, mais tarde, com a introdução de novas drogas à partir de 1995, para serem utilizadas em combinação com o esquema duplo. Inicia-se, então, a era HAART (*Highly Active Antirretroviral Therapy* ou terapia antirretroviral altamente potente), determinando um indiscutível avanço no tratamento ARV que proporciona melhora na qualidade de vida e um importante aumento da sobrevivência das pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) (ACURCIO, 1998, FONSECA, 2000, MARINS *et al*, 2003). No entanto para o sucesso do tratamento, é imprescindível ótimos níveis de adesão, o que constitui um grande desafio na dimensão individual de manutenção da saúde e na dimensão coletiva, à nível de saúde pública, quando são considerados a disseminação do vírus e o desenvolvimento de resistência à terapia (BRITO, SZWARCOWALD, CASTILHO, 2006; CAMPOS, 2009).

Desde 1996, com a aprovação da Lei 9313/96, o Ministério da Saúde adotou como estratégia para o controle da epidemia o acesso universal e gratuito à TARV.

A política de fornecimento de medicamentos para Aids adotada pelo Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS) do Ministério da Saúde (MS) tem adotado medidas importantes para definir parâmetros para o tratamento e monitoramento das PVHA, através da instituição de comitês assessores (GRANGEIRO, 2011) que elaboram as recomendações técnicas consensuais, conhecidas como Consensos Terapêuticos. Essas recomendações são revisadas periodicamente e se fundamentam em diretrizes preconizadas internacionalmente com base em práticas clínicas baseadas em evidências como ferramenta

metodológica, realizadas através da revisão dos mais significantes ensaios clínicos publicados no campo da terapia antirretroviral (TARV) (BRASIL, 2008a; CAMPOS, 2009, BRASIL, 2010d; HALLAL *et al*, 2010).

Recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre os princípios de saúde pública quanto à abordagem à TARV descrevem que, para haver sucesso é necessário: compromisso político; diagnóstico e registro dos pacientes; regimes de tratamento padronizados ingeridos em condições apropriadas; fornecimento seguro das drogas; sistema de monitoramento e avaliação do programa através do registro e notificação dos casos e resultados do tratamento. (HARRIES, MAHER, GRAHAM, 2005)

Em março de 2011, ao iniciar o serviço prestado por farmacêutico na unidade de dispensação de medicamentos (UDM) do Serviço de Assistência Especializada (SAE) do município de Osório/RS, verifica-se a necessidade de reorganização da assistência prestada aos usuários em TARV, no sentido de proporcionar o atendimento à legislação sanitária com relação à dispensação de ARV, e aos Consensos publicados pelo PN-DST/Aids e suas recomendações quanto aos esquemas terapêuticos adotados, e quanto ao seguimento clínico e laboratorial dos usuários em tratamento. Observa-se ainda a falta de acompanhamento, monitoramento e avaliação da adesão e da resposta terapêutica dos usuários em TARV como forma de fortalecer a segurança e eficácia do tratamento proposto. A avaliação da adequação do atendimento no SAE/UDM de Osório em relação às Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos infectados pelo HIV – 2008 e ao Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/AIDS, permite a identificação de usuários em risco de não adesão à terapia e com resposta terapêutica inadequada, para os quais o serviço necessita criar estratégias prioritárias para alcançar um maior impacto e efetividade do tratamento e ampliar o acesso ao cuidado às pessoas que vivem com HIV/Aids.

O processo de gestão requer, no plano analítico, uma análise ou diagnóstico da situação em que está inserida. Esta análise antecede a elaboração do plano ou projeto de gestão.

Um bom gerenciamento é fruto de conhecimento, habilidades e atitudes. Abrange ações de planejamento, de execução, de acompanhamento e avaliação dos resultados de caráter permanente (MARIN *et al*, 2003).

Assim, este trabalho visa contribuir com o processo de planejamento da gestão da assistência prestada, através da realização do diagnóstico situacional do atendimento do serviço às recomendações definidas pelos consensos terapêuticos vigentes no Brasil.

2 JUSTIFICATIVA

O sucesso da terapêutica ARV está intimamente relacionado com a utilização correta dos medicamentos, o que coloca a adesão como questão fundamental para o prognóstico do paciente no cenário atual da epidemia de Aids (CAMPOS, 2009).

A implementação da política de acesso universal e gratuito à TARV no Brasil tem sido um desafio político, financeiro e logístico para garantir sua sustentabilidade ao longo do tempo (BRASIL, 2010d, GRANGEIRO, 2011). As consequências da não adesão produzem um impacto negativo sobre o custo-efetividade da TARV (ACURCIO *et al*, 2006).

Conseqüentemente, a avaliação da qualidade da assistência ambulatorial do PN-DST/AIDS e a identificação de possíveis fatores relacionados a ineficácia ou falha terapêutica e a não adesão do paciente ao tratamento tornou-se uma prioridade para a melhoria imediata da efetividade da assistência às pessoas vivendo com Aids no Brasil.

O papel dos profissionais farmacêuticos na luta contra a epidemia da Aids vem sendo reconhecido desde 1997 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Federação Farmacêutica Internacional por meio do desenvolvimento de boas práticas de dispensação, aconselhamento individual, apoio no monitoramento dos pacientes e na promoção da adesão (CPA, 2003).

O serviço de dispensação e controle logístico de medicamentos ARV no âmbito do PN-DST/Aids é realizado em unidades denominadas “Unidade de Dispensação de Medicamentos” (UDM). A UDM tem constantes oportunidades de contato com os pacientes, o que pode favorecer o desenvolvimento de ações essenciais ao correto monitoramento da TARV de acordo com as recomendações e consensos vigentes visando sempre a promoção do uso adequado e racional dos medicamentos (MARIN *et al*, 2003).

Os registros da UDM podem ser fundamentais para identificar pacientes que não retornam regularmente para retirar seus medicamentos como indicador indireto de pacientes em maior risco de não adesão, interrupção ou abandono do tratamento permitindo ainda estabelecer prioridades para uma intervenção oportuna no encaminhamento desses pacientes.

O monitoramento do uso de ARV conforme as Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV (BRASIL, 2008a) e o Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/Aids (BRASIL, 2011) pode trazer qualidade ao cuidado às pessoas que vivem com Aids sendo uma oportunidade de atuação do profissional farmacêutico no gerenciamento desse processo através da prática da assistência farmacêutica.

Estudos como este, realizados em populações usuárias de serviços específicos, podem fornecer informações importantes e contribuir significativamente tanto para o planejamento e organização das ações de saúde, quanto para reorientar as práticas assistenciais, embora seus resultados não possam ser generalizados.

Propõe-se, através desse estudo, realizar um diagnóstico da assistência ambulatorial e farmacêutica para obtenção de dados para o planejamento de intervenções futuras que ajudem a prevenir, em tempo hábil, a ineficácia da TARV, a não adesão e a falha terapêutica.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS)

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) é o agente etiológico da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS – *acquired immunodeficiency syndrome*). Em 2011, trinta anos após a descrição dos primeiros casos da síndrome nos Estados Unidos da América (EUA), essa doença ainda apresenta-se como um relevante problema de saúde pública. Trata-se de uma pandemia sem precedentes que exige das autoridades de saúde e da comunidade científica, um grande esforço no sentido de produzir políticas e conhecimento no campo da clínica, epidemiologia, sociologia, ética entre outros. (SANTOS; ROMANOS; WIGG, 2008; CAMPOS, 2009).

A infecção pelo HIV causa uma doença de caráter crônico progressivo que pode levar à destruição do sistema imunológico e sua evolução é caracterizada por uma elevada taxa de replicação viral. As principais células infectadas são células de defesa do organismo que apresentam a molécula CD4 em sua superfície, principalmente linfócitos CD4+ (linfócitos T4 ou T-helper) e macrófagos. (RACHID; SCHECTER, 2008)

“Para fins didáticos, a infecção pelo HIV pode ser dividida em três fases: a fase aguda, também chamada de síndrome de soroconversão, a fase assintomática e a fase sintomática.” (RACHID; SCHECTER, 2008, p.7). No período assintomático ou de latência clínica os indivíduos são chamados de portadores do HIV. Quando a doença evolui para um grau importante de imunodeficiência, passam a ser portadores de Aids. Sem qualquer intervenção terapêutica, a mediana de progressão da fase aguda até a fase sintomática é de dez anos. (RACHID; SCHECTER, 2008). No entanto há uma grande variabilidade individual. Os estágios da doença e o tempo entre a infecção e a manifestação dos diferentes quadros clínicos podem variar muito entre os indivíduos infectados. (SANTOS; ROMANOS; WIGG, 2008; RACHID; SCHECTER, 2008)

Atualmente a infecção é delineada pela contagem do número de células CD4+, pela quantidade de partículas virais no sangue (carga viral) e pelo conjunto de sintomas clínicos. (SANTOS; ROMANOS; WIGG, 2008).

Ao descrever a evolução natural da infecção pelo HIV, Oliveira e Pinto (2006) destacam:

“A depleção progressiva dos linfócitos T-CD4+, em conjunto com outras alterações quantitativas e qualitativas do sistema imune, leva à imunodeficiência, que em sua forma mais grave manifesta-se pelo surgimento de infecções oportunistas e neoplasias que caracterizam a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids). Assim, a supressão máxima e contínua da replicação viral é desejável para reduzir ou reverter o dano imunológico.” (OLIVEIRA; PINTO, 2006, p.26)

A infecção pelo HIV apresentou uma importante redução de seu perfil de mortalidade a partir de 1996 com a introdução do tratamento antirretroviral altamente ativo (*HAART - Highly Active Anti-retroviral Therapy*). Este tratamento utiliza uma combinação de pelo menos três drogas antirretrovirais (ARV) associadas com o objetivo de promover a eficácia e diminuir o risco de resistência medicamentosa. Os ARV atuam bloqueando enzimas que são necessárias para a replicação e funcionamento do HIV (HARRIES, MAHER, GRAHAM, 2005).

O tratamento da infecção pelo HIV tem como objetivo principal a redução progressiva da carga viral, até sua completa supressão, e a manutenção e/ou restauração do funcionamento do sistema imunológico.

O elenco de medicamentos ARV disponibilizados pelo SUS é composto por 19 princípios ativos em 32 apresentações para uso adulto e pediátrico (BRASIL, 2010b). Estão disponíveis, atualmente, para o tratamento da Aids no Brasil, quatro classes de antirretrovirais: inibidores da transcriptase reversa, compostos de 2 grupos: inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa, (ITRN) e inibidores não nucleosídeos da transcriptase reversa (ITRNN); inibidores da protease (IP), inibidor de fusão e inibidor da integrase.

Recentemente foi publicado o suplemento II das Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos infectados pelo HIV – “Critérios para Início do Tratamento Antirretroviral (Atualização das páginas 34-36)” (BRASIL, 2010c). Os critérios para início da TARV foram modificados após revisão estruturada de

resultados recentemente publicados de estudos de coortes (clínicos observacionais prospectivos) que abordaram o momento mais indicado para iniciar o tratamento. Fortes evidências demonstraram o benefício de iniciar a TARV mais precocemente adotando-se, atualmente, no Brasil os seguintes critérios para indicação de tratamento:

- pessoas sintomáticas, independentemente da contagem de CD4;
- pessoas assintomáticas com contagem de CD4 \leq 350 células/mm³;
- gestantes, independente da presença de sintomas e da contagem de CD4;
- pessoas assintomáticas com contagem de CD4 entre 350 e 500 células/mm³ nas seguintes situações: presença de nefropatia secundária ao HIV; idade \geq 55 anos; co-infecção HBV e/ou HCV (hepatites B e C); risco cardiovascular elevado; presença de neoplasias, incluindo as não definidoras de aids e carga viral $>$ 100 mil cópias/ml.

O esquema de tratamento inicial recomendado é formado por 2 ITRN associados a um ITRNN. Os inibidores da protease (IP) são alternativos e quando indicados devem ser potencializados por ritonavir (BRASIL, 2008a, p.40). As drogas disponíveis são associadas conforme combinações preferenciais -1ª escolha, e alternativas - 2ª e 3ª escolhas (BRASIL, 2008a, p.41). Conforme definição e recomendações para a TARV da Organização Mundial de Saúde - OMS (WHO, 2010) os regimes terapêuticos de ARV são classificados em 1ª, 2ª e 3ª linhas de acordo com sua potência, efetividade e viabilidade. “A OMS recomenda regimes de TARV padronizados e simplificados para apoio a programas de TARV eficazes e em grande escala. Os países devem selecionar regimes com apenas uma primeira linha, e um número limitado de segundas linhas para utilização em grande escala” (HARRIES, MAHER, GRAHAM, 2005, p. 158). O uso de drogas de terceira linha tem como prerrogativa possibilitar o resgate adequado e efetivo dos pacientes multiexperimentados (BRASIL, 1010b). Em dezembro de 2008, 70% dos pacientes em TARV no Brasil utilizavam medicamentos de primeira linha. Aproximadamente 15% dos pacientes utilizam medicamentos de 2ª linha, que inclui as alternativas com inibidores da protease (IP). Dos indivíduos multiexperimentados em TARV, 3,5% utilizam medicamentos de 3ª linha, previamente avaliados por médicos de referência em genotipagem (MRG), que sugerem os esquemas de resgate (BRASIL, 2010b).

3.2 *A Epidemia no mundo e no Brasil*

Estima-se que 33,4 milhões de pessoas no mundo todo estão infectados pelo vírus HIV (UNAIDS, 2010).

De acordo com dados do último relatório da UNAIDS - Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS, 2010), a Aids é a quarta principal causa de morte no mundo. Somente em 2009, 2,6 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV e 2 milhões morreram em decorrência da Aids, a maioria em decorrência de acesso inadequado a serviços de tratamento e atenção. O número de novas infecções pelo HIV diminuiu cerca de 20% entre os anos de 1999 e 2009. O relatório também aponta evidências de sucesso na resposta à Aids. Entre 2001 e 2009 houve diminuição em torno de 35% da incidência de Aids em, pelo menos, 33 países. Desses, 22 são da África Subsaariana que ainda é a região do mundo mais afetada pela epidemia, representando 67% dos casos de infecção pelo HIV e 72% de mortes por Aids em 2008. Entretanto algumas regiões e países não seguem essa tendência favorável de resposta à epidemia. Em 7 países, cinco dos quais na Ásia Central e Europa Oriental, a incidência de Aids aumentou mais que 25% entre 2001 e 2009.

As mulheres já representam metade das pessoas vivendo com HIV em todo mundo. Em torno de 430 mil crianças menores de 15 anos se infectaram pelo HIV em 2008 (UNAIDS, 2010).

Nos últimos anos, a epidemia permaneceu estável na América do Sul e Central, tendo aumentado sua prevalência, devido principalmente à disponibilidade da TARV. Novas infecções caíram 17% desde 2001. Houve declínio de 19% da mortalidade entre 2004 e 2009. O número de pessoas vivendo com HIV com acesso ao tratamento aumentou 12 vezes desde 2006. Estima-se que 1,2 milhões de pessoas iniciaram o tratamento em 2009, porém, ainda existem 10 milhões de pessoas necessitando de tratamento no mundo (UNAIDS, 2010).

No Brasil a estimativa de pessoas vivendo com HIV é de 630 mil, sendo que 255 mil pessoas não sabem que são portadoras do vírus ou nunca fizeram o teste. Os casos acumulados de Aids contabilizam 592.914 desde 1980. Destes, a Região Sul representa 19,5%. (BRASIL, 2010a)

A taxa de incidência de Aids no Brasil em 2009 foi de 20,1 casos por 100.000 habitantes. No mesmo ano, a Região Sul apresentou uma taxa de incidência de 20,4 casos por 100.000 habitantes. Com exceção aos anos de 2004 e 2005, o estado do Rio Grande do Sul manteve as maiores taxas de incidência de Aids na década, apresentando em 2009, 47,5 casos/100.000 habitantes. Dentre as capitais brasileiras, Porto Alegre lidera essa relação desde o ano 2000, apresentando em 2009 uma taxa de 172,1 casos de Aids por 100.000 habitantes. (BRASIL, 2010a)

A razão de sexo em 2009 é de 16 homens para cada 10 mulheres. Observa-se a tendência de feminilização da epidemia pelo aumento proporcional do número de casos entre mulheres que apresentava uma razão de 6 casos de Aids no sexo masculino para cada 1 caso no sexo feminino, chegando em 2009 a 1,6 casos em homens para cada 1 caso em mulheres. (BRASIL, 2010a)

A faixa etária de maior incidência de Aids, em ambos os sexos, é de 30 a 49 anos. Comparando-se o ano de 1999 ao ano de 2009 houve uma redução de 44,4% da incidência em crianças menores de 5 anos, comprovando a eficácia da política de prevenção da transmissão vertical no país. (BRASIL, 2010a)

No ano de 2009 foram notificados 38.000 novos casos de Aids.

De 1980 à 2009 aconteceram 229.222 óbitos por Aids. O coeficiente de mortalidade por Aids, padronizado em 2009, foi de 6,2 óbitos por 100.000 habitantes, com tendência de diminuição desde 1997 até 2004 quando esse coeficiente se estabilizou. (BRASIL, 2010a)

As campanhas de mobilização para a ampliação do diagnóstico no país, promovidas pelo Governo Federal em parceria com estados e municípios apresentam como resultados (BRASIL, 2010f):

- Em quatro anos (2005 à 2009) o número de testes de HIV distribuídos e pagos pelo SUS passou de 3,3 milhões para 8,9 milhões de unidades;
- A testagem no país foi ampliada de 23,9% em 1998 para 38,4% em 2008.

“Com o aumento da testagem, a tendência é de aumento do número de casos de Aids no país e de aumento do número de pessoas em tratamento. Mais pessoas diagnosticadas, mais prevenção, mais pessoas em acompanhamento e uma resposta mais efetiva” (BRASIL, 2010f, p.1).

Observa-se um aumento na sobrevivência de pacientes com Aids nos últimos anos. A mediana de sobrevivência de pacientes diagnosticados com Aids entre 1982 e 1989 era de 5,1 meses (BRASIL, 2010b, apud CHEQUER, 1992), passando para 58 meses em pacientes diagnosticados entre 1995 e 1996 (BRASIL, 2010b, apud MARINS JR, 2003). Estudo recente com pacientes diagnosticados entre 1998 e 1999 demonstra que a mediana de sobrevivência ultrapassou 108 meses. (BRASIL, 2010b, apud GUIBU, 2008).

Em torno de 200 mil pacientes estão em terapia antirretroviral atualmente no Brasil. Quase 35 mil pacientes iniciaram a terapia em 2008 e destes, 98.7% continuavam em tratamento após 12 meses do início (BRASIL, 2010b).

3.3 *A política de acesso universal à terapia antirretroviral – avanços e desafios*

O acesso universal no âmbito da epidemia de Aids no Brasil está em sintonia com os princípios que regem o SUS – Sistema Único de Saúde, e com as disposições da Constituição Federal de 1988, que assegura a saúde como direito de todos e dever do Estado. O governo brasileiro, desde o início da epidemia, assumiu um sério compromisso com a promoção do acesso universal à prevenção, diagnóstico e tratamento. Em 1991 inicia-se a implantação da política de acesso a medicamentos antirretrovirais no Brasil com a disponibilização do medicamento zidovudina – AZT (GRANGEIRO, 2011). No ano de 1996 foi sancionada a Lei nº 9.313/96, que garante, às pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA), o direito de receber gratuitamente todos os medicamentos necessários ao seu tratamento, via SUS. O Brasil torna-se pioneiro, entre os países em desenvolvimento, em adotar uma política pública de acesso universal e gratuito ao tratamento antirretroviral marcando o início de grandes mudanças no âmbito da política de assistência farmacêutica aos portadores de HIV. Em 2001 o Brasil uniu-se aos países membros das Nações Unidas para firmar a Declaração de Compromisso sobre HIV e Aids que dispõe sobre as várias áreas de enfrentamento da epidemia. Em 2006, renovou seu compromisso participando da elaboração da Declaração Política que enfatizou a importância do acesso universal até 2010. (BRASIL, 2010b). “Desde então o país tem envidado esforços nas três esferas de gestão (federal, estadual e municipal)

para garantir o acesso universal das ações em DST/Aids. [...] No que tange ao tratamento, o acesso universal envolve mais do que medicamentos, pois implica disponibilidade de exames, consultas, acompanhamento e cuidados.” (BRASIL, 2010b, p.7)

O acesso universal ao tratamento, aos exames de monitoramento e aos insumos de prevenção é uma importante conquista de sociedade brasileira cuja efetividade demanda um conjunto de ações que proporcionem, além do amplo acesso, a melhor qualidade no tratamento. (BRASIL, 2007)

“Os resultados obtidos com o tratamento – a redução progressiva da carga viral e a manutenção e/ou restauração do funcionamento do sistema imunológico – têm sido associados a benefícios marcantes na saúde física das pessoas soropositivas, permitido que elas retomem e concretizem seus projetos de vida” (BRASIL, 2010d, p.12 *apud* BASTOS, 2006).

De acordo com as *Diretrizes para o Fortalecimento das Ações ao Tratamento para Pessoas que Vivem com HIV e AIDS* (BRASIL, 2007), os determinantes do impacto do tratamento são: a precocidade do diagnóstico; acesso e qualidade dos serviços de saúde; situação socioeconômica do usuário; e grau de organização dos serviços que atendem as PVHA.

O acesso universal à TARV no Brasil está garantindo tratamento e cuidado (HALLAL *et al*, 2010), aumentando a sobrevivência e melhorando a qualidade de vida para cerca de 200.000 mil pessoas que vivem com HIV (LEVI; VITORIA, 2002, TEIXEIRA; VITORIA; BARCAROLO, 2004, HALLAL *et al*, 2010.). Essa política gerou benefícios inequívocos, inclusive no âmbito coletivo, ao reduzir a infectividade das pessoas vivendo com HIV/Aids (PORCO *et al*, 2004) e certamente contribuiu para o sucesso da resposta brasileira à epidemia. Do ponto de vista econômico, reduziu gastos com internações e procedimentos terapêuticos (GRANGEIRO, 2011). Conforme estimativa do Programa Nacional de DST/Aids, no período de 1997 à 2003 houve uma economia superior a U\$ 2 bilhões. (TEIXEIRA; VITORIA; BARCAROLO, 2004)

Apesar dos grandes benefícios obtidos pela TARV nos últimos anos, são muito grandes as consequências prejudiciais de seu início tardio. Desse modo, para a ampliação do impacto do acesso universal ao tratamento torna-se necessário a

priorização do acesso precoce ao diagnóstico promovendo assim a diminuição da morbimortalidade relacionada à progressão da doença. “[...] apesar das recomendações dos consensos e do acesso gratuito e universal a TARV no Brasil, os ARV são iniciados em uma fase avançada da doença em grande parte da população” (BRASIL, 2010 d, p.77).

Por outro lado, a resistência às drogas, a falha terapêutica e o alto custo dos medicamentos representam um constante desafio à sustentabilidade do acesso universal. “Atualmente 5% das pessoas em TARV no Brasil são considerados multi-experimentados. A resistência do HIV representa um desafio às estratégias clínicas de prevenção da progressão da doença, e inclui também o risco de sua transmissão para outras pessoas” (HALLAL *et al*, 2010, p.63). Delimita-se então a importância do aumento do impacto das ações de prevenção para reduzir novas infecções e a transmissão da resistência viral, a necessidade de fortalecimento de pesquisas operacionais e o aumento do investimento para a ampliação e diversificação da produção nacional de antirretrovirais.

3.4 Organização da rede de assistência em HIV/Aids

A resposta brasileira ao HIV/Aids por meio da organização de uma rede de serviços de referência no campo da assistência e do tratamento teve um papel histórico no manejo clínico da infecção pelo HIV, com grande impacto na sobrevivência dos pacientes (BRASIL, 2010b). Inicia-se em 1986 através da instituição do Programa Nacional de DST/Aids com a estruturação de programas de prevenção e financiamento de serviços de saúde para diagnóstico e tratamento. No início da década de 90 foi estabelecida, no âmbito do SUS, a rede para diagnóstico, aconselhamento e tratamento da infecção pelo HIV, estruturada em diferentes modalidades assistenciais (HALLAL *et al*, 2010). A implantação de políticas de descentralização que transferiram para o nível local atribuições e recursos financeiros federais nos anos 2000 possibilitou ampliar a resposta nacional à epidemia e contribuiu para aumentar a oferta da rede de serviços e reduzir o número de casos de Aids (GRANGEIRO *et al*, 2010, BRASIL, 2010b). Essa rede conta atualmente com 675 Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM), 737

unidades de referência para o tratamento (Serviços de Assistência Especializada - SAE), 434 hospitais de referência, 79 hospitais-dia (HD) e 54 unidades de atendimento domiciliar terapêutico (ADT), num total de 1.310 serviços (BRASIL, 2010b). Conta ainda com uma rede de laboratórios que fornece aconselhamento e testagem em 426 unidades (Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA), além de exames como a contagem de CD4, carga viral e genotipagem do HIV (HALLAL *et al*, 2010).

O processo de gerenciamento da rede é realizado pelos estados e municípios e sua sustentabilidade é garantida integralmente por recursos públicos (BRASIL, 2010b).

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

A UDM, composta por farmacêuticos e dispensadores de medicamentos, tem como principal atribuição a dispensação de antirretrovirais e seu controle logístico. Utiliza, para seu gerenciamento, o sistema operacional SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (HALLAL *et al*, 2010). O SICLOM foi concebido “com o objetivo de analisar e controlar as prescrições médicas de acordo de acordo com as recomendações técnicas do Ministério da Saúde, bem como controlar as distribuições, dispensações e estoque dos medicamentos para o tratamento da Aids na Rede Pública de Saúde” (BRASIL, 2010b, p.22). Adicionalmente, muitas UDMs desenvolvem estratégias de orientação sobre a utilização de ARV, seus efeitos adversos e interações farmacológicas, além de ações voltadas para adesão ao tratamento (HALLAL *et al*, 2010).

A rede nacional de laboratórios para o monitoramento da infecção pelo HIV conta, atualmente, com 90 laboratórios que realizam a contagem de linfócitos T-CD4+ e 83 laboratórios que realizam a quantificação da carga viral para todos os estados brasileiros. (HALLAL *et al*, 2010).

A partir de 2001 iniciou-se a implantação da Rede Nacional de Genotipagem (RENAGENO), que disponibiliza exames de resistência viral genotípica para

estruturação de terapias de resgate em pacientes que apresentam falha terapêutica. A RENAGENO é formada por 23 laboratórios de genotipagem, um laboratório de resgate e uma rede de, aproximadamente, 160 Médicos de Referência em Genotipagem (MRG), capacitados para realizar aconselhamento aos médicos prescritores de ARV a partir dos resultados de resistência viral. (HALLAL *et al*, 2010).

As coinfeções com as hepatites virais B e C têm grande magnitude e impacto na mortalidade de Aids. Isso explica a integração, em 2009, do Programa Nacional de Hepatites Virais ao Departamento de DST e Aids do Ministério da Saúde. “Desde então, as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento foram incrementadas no nível federal, com reflexos positivos nos estados e municípios” (BRASIL, 2010b, p.26).

O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde coordena e responsabiliza-se pela política pública de enfrentamento dessas enfermidades, orientando o tratamento de indivíduos com Aids e hepatites, apoiando organizações de pessoas que vivem com essas doenças, assim como projetos de organismos não governamentais e promovendo a adoção de estratégias que visam melhorar a adesão aos tratamentos oferecidos na rede de serviços de atendimento do SUS (BRASIL, 2010d).

Com o objetivo de garantir a realização de pesquisas que demonstrem as evidências empíricas necessárias à tomada de decisões bem fundamentadas na rede do SUS, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais tem feito esforços significativos para estimular a produção científica como apoio da política de assistência e tratamento da Aids. O principal desafio nessa interação entre pesquisa e o processo decisório político tem sido comprometer os atores envolvidos - formuladores de políticas, gestores, organizações de pacientes e pesquisadores - em todo o processo, desde a definição e seleção dos temas prioritários e dos problemas de pesquisa até o acesso aos resultados da produção científica sua incorporação e aplicabilidade (BRASIL, 2010d).

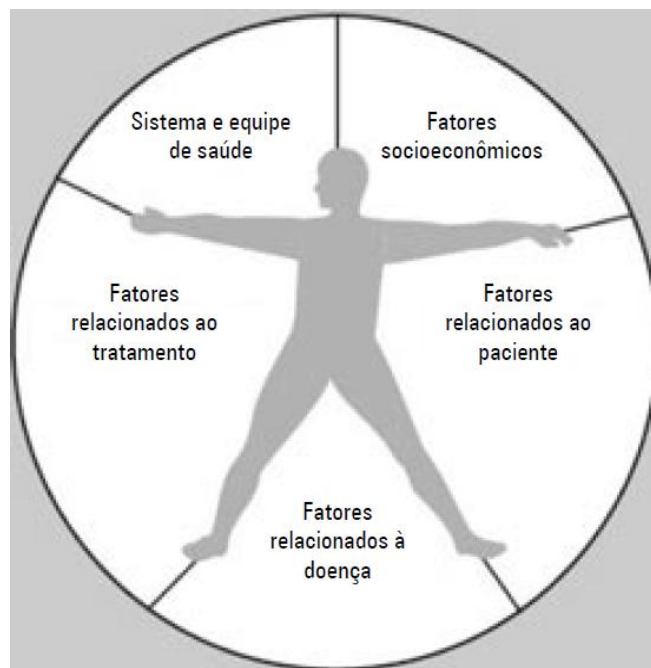
3.5 A importância da adesão à TARV

O conceito de adesão a tratamentos crônicos proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma conjunção das definições de Haynes e Rand: “adesão é a extensão em que o comportamento de uma pessoa (em termos de usar o medicamento, seguir uma dieta ou executar mudanças no estilo de vida) expressa sua concordância às recomendações feitas por profissionais da saúde” (SABATÉ, 2003 *apud* HAYNES, 1979; RAND, 1993).

Gusmão e Mion Jr (2006) ressaltam que as definições de adesão devem sempre abranger e reconhecer a vontade do indivíduo em participar em colaborar com seu tratamento, o que não é abordado em algumas concepções.

A OMS afirma que a adesão é um fenômeno multidimensional determinado pela interação de cinco fatores, caracterizados como “dimensões”: (1) a dimensão do paciente, (2) a de sua condição clínica, (3) a do tratamento, (4) a da equipe e do sistema de saúde e (5) a do ambiente social e econômico (Figura 1). São diversos os fatores que afetam o comportamento e a capacidade do indivíduo em aderir ao próprio tratamento não sendo ele, unicamente, responsável pelo seguimento de sua terapia. (SABATÉ, 2003)

Figura 1. As cinco dimensões da adesão



Fonte: SABATÉ, 2003, p.27

Segundo a OMS a efetividade do tratamento se relaciona diretamente com a qualidade da relação profissional-paciente (SABATÉ, 2003) “obtida em uma atmosfera na qual as alternativas terapêuticas são exploradas, o regime é negociado, a adesão é discutida e o seguimento planejado.” (JACOBS, 2009, p.29). Melhorar a adesão à terapia pode se tornar o melhor investimento para gerenciar efetivamente as condições crônicas dos indivíduos. (SABATÉ, 2003).

Finalmente, conforme dados do relatório mundial da OMS/2002 - *Cuidados Inovadores para Condições Crônicas: componentes estruturais de ação*, avanços no gerenciamento biomédico e comportamental aumentaram de forma significativa a capacidade de prevenir e controlar com eficiência doenças crônicas como o diabetes, HIV/AIDS e câncer. As crescentes evidências de várias partes do mundo demonstram que sistemas organizados de assistência (não apenas profissionais da saúde individualmente) são essenciais para produzir resultados positivos. A atenção primária deve ser reforçada para melhor prevenir e gerenciar condições crônicas como o HIV/AIDS, o diabetes e a depressão. “A atenção à saúde que fornece informação oportuna, apoio e monitoramento constante pode melhorar a aderência, o que reduzirá a carga das condições crônicas e proporcionará melhor qualidade de vida aos pacientes.” (OMS, 2003, p.8)

A adesão ao tratamento antirretroviral representa hoje um dos maiores desafios na atenção às pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA), uma vez que demanda dos usuários mudanças comportamentais, pressupondo sua participação nas decisões sobre a integração do regime terapêutico ao seu cotidiano (BRASIL, 2008a). Por outro lado, demanda dos serviços de saúde novos arranjos e oferta de atividades específicas em adesão. Como diretriz do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virias, a adesão é considerada tema transversal - perpassa todas as ações em saúde e deve ser desempenhada por todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado às PVHA (BRASIL, 2010d).

A melhora da adesão está associada à confiança do paciente no tratamento e na equipe de saúde, ao suporte social adequado e à experiência do médico. Momentos essenciais que requerem reforço à adesão ao tratamento ocorrem em seu início, trocas de esquemas e ocorrência de efeitos adversos. “A terapia antirretroviral não deve ser iniciada até que a importância da adesão ao tratamento seja entendida e aceita pelo paciente, objetivo que deve ser buscado pelas equipes

e serviços de saúde, estabelecendo-se uma relação de co-responsabilidade entre estes e o paciente.” (BRASIL, 2008, p.34).

As diretrizes do Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/AIDS (BRASIL, 2011) apontam os aspectos essenciais para a promoção da atenção integral à saúde das PVHA, que envolvem: o acesso a serviços e às ações de saúde através da constituição de redes de atenção harmônicas e resolutivas; a qualidade dos serviços passando por dimensões de ordem técnica, de disponibilidade de recursos, de gerenciamento e das relações estabelecidas entre os usuários e os profissionais; a participação social através da presença ativa das PVHA, enriquecendo o vínculo com os profissionais de saúde e promovendo a adesão ao tratamento; a integralidade através da articulação com outras políticas públicas de forma a assegurar uma atuação intersectorial e garantir o acesso a ações de promoção, proteção e recuperação da saúde das PVHA; a equidade garantindo o atendimento dos usuários dentro de suas necessidades individuais e específicas; o acesso universal a medicamentos e insumos, obtidos através do gerenciamento adequado das informações para subsidiar ações de prevenção, acolhimento e diagnóstico precoce; e a promoção do uso racional de antirretrovirais como parte da estratégia de garantia do acesso universal ao tratamento.

“Tão importante quanto promover o acesso ao tratamento é promover o acesso a exames laboratoriais e melhorias na qualidade da assistência como um todo, estabelecendo pontos de referência e contra referência para o correto encaminhamento e posterior tratamento, a fim de favorecer o atendimento adequado das necessidades específicas de cada usuário. Nesse sentido, são também necessárias capacitação e educação continuada dos atores envolvidos em cada instância, para o perfeito gerenciamento das ações básicas em saúde e daquelas que exigem manobras mais complexas” (BRASIL, 2011, p. 16).

Os resultados de pesquisas avaliativas realizados pela Equipe QualiAids, (NEMES *et al*, 2009) nos últimos anos, evidenciam que a qualidade dos serviços de assistência às pessoas vivendo com Aids é um elo central entre adesão e acesso à TARV. Quanto à ampliação da efetividade do tratamento, os resultados indicam como necessário: a qualificação do acesso aos serviços e sua integração com serviços maiores e mais especializados; e a qualificação do gerenciamento dos

serviços através do cuidado individualizado e especial aos grupos com maior vulnerabilidade de não-adesão.

Correia, Lima e Silva (2009) concluem que a organização e a qualidade do serviço no qual o paciente é atendido, tem importância fundamental na sua adesão à TARV. Constantemente faltam materiais para execução de exames para acompanhamento da evolução da doença, limitações nos sistemas de informações e notificações, dificultando análises epidemiológicas da epidemia a nível local. Além disso, ainda há uma grande deficiência no sistema de referência e contra referência entre os serviços assistenciais de referência em HIV/Aids, a rede básica e as Secretarias de Saúde das cidades atendidas, facilitando a não adesão dos pacientes ao tratamento.

“A identificação da barreira para a adesão é fator chave para a correção de seu rumo sendo necessário corrigi-lo para que não haja maiores prejuízos ao tratamento. Para tanto, é preciso proceder a uma avaliação criteriosa das barreiras que dificultam a adesão, pois quanto melhor forem discriminadas, mais específicas podem ser as soluções propostas e, conseqüentemente, melhores serão os resultados.” (CORREA, LIMA, SILVA, 2009, p. 141).

Considera-se não adesão uma ou mais das seguintes condições (BRASIL, 2008d): não tomar ou interromper o medicamento prescrito; tomar menor ou maior quantidade da dosagem prescrita; alterar intervalos de tempo prescritos ou omitir doses; não seguir recomendações dietéticas ou outras que acompanham a terapia. “Para avaliar a influência desses fatores entre os pacientes, indica-se um sistema de monitoramento e avaliação contínuo, com o objetivo de promover a intervenção oportuna” (BONOLO; GOMES; GUIMARÃES, 2007).

A adesão ao tratamento antirretroviral é um processo dinâmico e complexo, multifatorial e abrangente (BRASIL, 2010d, SABATÉ, 2003), sendo, portanto, de difícil mensuração (BRASIL, 2010d). A medida de adesão fornece informação adicional ao monitoramento da terapia, mas ela indica apenas uma estimativa do comportamento atual do paciente (SABATÉ, 2003). Diz-se que o paciente “está” aderente e não que o paciente “é” aderente à TARV. Daí a importância do monitoramento constante da terapia, permitindo a identificação precoce da não adesão e, principalmente da falha terapêutica (BRASIL, 2008d).

Um dos meios de aferir indiretamente a adesão é a quantificação da carga viral. (CLOUGH, D'AGATA, RAFFANTI, 1999)

Para avaliar o sucesso da TARV são realizadas medidas de níveis plasmáticos virais (CV) de 4 à 6 semanas após o início do tratamento e depois a cada três a quatro meses (BRASIL, 2008a). O sucesso terapêutico é alcançado quando a CV se torna indetectável, isto é menor de 50 cópias/ml em 3 a 6 meses de TARV (BERKOW; BEERS, RACHID 2008). Em pacientes virgens de tratamento, níveis de CV maiores que 10.000 cópias/ml após 4 a 6 semanas de seu início indicam necessidade de reavaliação da terapia, verificação da adesão e/ou troca de esquema ARV (RACHID, 2008).

Estudo realizado por Phillips et al (2001) demonstra que 40% dos indivíduos em início de TARV desenvolvem falha de terapêutica ainda nos primeiros seis anos, o que leva ao uso de esquemas terapêuticos mais complexos e, conseqüentemente de mais difícil adesão.

A falha terapêutica é caracterizada pela ocorrência de três aspectos da evolução do tratamento:

- a evolução da carga viral (CV)– CV confirmada ou mantida acima de 400 cópias/ml após 24 semanas ou acima de 50 cópias/ml após 48 semanas de tratamento (HARRIES; MAHER; GRAHAM, 2005, BRASIL, 2008a), caracterizando a falha virológica. Quanto maior a viremia plasmática, mais rapidamente o sistema imunológico é destruído e maior é a velocidade de progressão da doença (SPRINZ et al, 1999, BRASIL, 2008a);
- a contagem de linfócitos T-CD4+com queda superior a 25% nas semanas ou meses subseqüentes ao início da terapia (HARRIES; MAHER; GRAHAM, 2005; BRASIL, 2006), caracterizando a deterioração ou falha imunológica;
- a ocorrência de eventos clínicos (HARRIES; MAHER; GRAHAM, 2005) e/ou sintomas relacionados à aids (BRASIL, 2006).

Quando o tratamento falha pode-se recorrer a métodos para medir a sensibilidade da cepa dominante de HIV aos medicamentos ARV – a genotipagem. O desenvolvimento de cepas de HIV mutantes e resistentes às drogas se deve à

manutenção de pacientes em esquemas de tratamento falidos (BERKOW; BEERS, 2008).

A adesão à TARV é uma das mais importantes variáveis que interferem na supressão viral, essencial para a garantia da efetividade do tratamento. Por outro lado, a supressão parcial leva à falha virológica mais precoce e à emergência de resistência viral (BRASIL, 2008a). O desenvolvimento de resistência à terapias é um sério desafio à saúde pública atribuído, entre outros fatores, a baixa adesão ao tratamento (SABATÉ, 2003).

“Para garantir a supressão viral sustentada, é necessário que o paciente tome mais de 95% das doses prescritas” (BRASIL, 2008a, p. 31).

Não existe unanimidade quanto ao critério de adesão à TARV nos estudos publicados em literaturas nacionais e estrangeiras. Estes estudos têm adotado diferentes métodos e categorias de adesão (BRITO, SZWARCOWALD, CASTILHO, 2006, BRASIL, 2010d). Nemes *et al* (2009) avaliam que, embora muitos estudos indiquem como ponto de corte o uso correto de 80% das doses prescritas, esse dado não é suficientemente confiável quando associado à parâmetros de melhora clínica e/ou laboratorial.

Em artigo publicado por Bonolo, Gomes e Guimarães (2007), o grupo de pesquisadores do Projeto ATAR apresentou resultados de 56 trabalhos de análise quantitativa e com cobertura de contextos diversos elaborados através da revisão da literatura sobre o tema abrangendo o período de 1999 a 2004. Em termos gerais, a adesão apresentou um ponto de corte que variou de 80,0 a 100,0% das doses prescritas. “Entre 43 artigos que apresentaram a incidência ou prevalência da não adesão, a taxa média foi de 30,4% (5,0%-67,0%), variando de acordo com o tipo de medida, o desenho do estudo e o ponto de corte utilizado.

Em 25 estudos, verificou-se correlação da adesão com parâmetros clínicos e/ou laboratoriais (BRASIL, 2010d, p.18). A metanálise envolvendo apenas os estudos realizados em território nacional e publicados entre 2004 e junho de 2009, gerou uma taxa síntese de não adesão de 34,4%” (BRASIL, 2010d, p.23). Em relação aos fatores relacionados à não adesão à terapia antirretroviral, foram identificadas variáveis sociodemográficas (p. ex., idade, raça, sexo, escolaridade, renda), relacionadas com a vulnerabilidade ao HIV/Aids (p. ex., utilização de drogas

ilícitas e lícitas, depressão), relacionadas ao acesso aos serviços de saúde (p. ex., não ser aderente às consultas de acompanhamento), e relacionadas ao acompanhamento clínico e laboratorial (p. ex., presença de efeitos colaterais, complexidade do regime terapêutico, compreensão inadequada do tratamento, relato prévio de não adesão, maior tempo entre o resultado de sorologia positiva para o HIV e a primeira prescrição de ARV) (BRASIL, 2010d).

Quanto à definição de adesão, a maioria dos estudos mediu a adesão como uma variável quantitativa (p.ex., proporção de doses tomadas em relação a doses prescritas) e definiu um ponto de corte que variou entre 75,0% a 100,0%. Alguns estudos adotaram definições de não adesão, como, por exemplo, abandono de tratamento, dias de atraso na dispensação, deixar de ingerir a medicação por determinado número de dias, entre outros. Alguns trabalhos utilizaram definições múltiplas e combinadas de adesão e/ou tempos múltiplos de avaliação de tratamento (BRASIL, 2010d).

Em síntese, os estudos apontam para a necessidade do monitoramento constante dos pacientes, não somente do ponto de vista clínico e laboratorial, mas também quanto à possibilidade de ocorrência da não adesão e de seus fatores de risco. Os últimos estudos avaliados, em ordem cronológica, adotaram o critério de uso de pelo menos 95% das doses prescritas de ARV como taxa de adesão e aplicaram mais de um método para validar a informação (BRASIL, 2010d).

Finalmente, os autores apresentam como conclusão deste estudo:

“Em termos operacionais e buscando incrementar a efetividade do cuidado, ressalta-se a importância do monitoramento na dispensação dos ARV, o que possibilita a identificação dos pacientes com retirada irregular desses medicamentos na farmácia e o desenvolvimento de ações que enfrentem adequadamente esse problema. Dessa avaliação podem-se encarregar todos os serviços de referência para tratamento do HIV/Aids distribuídos pelo território brasileiro” (BRASIL, 2010d, p. 24).

As informações obtidas sobre as dispensações dos medicamentos ARV refletem uma importante informação para a identificação precoce dos pacientes em risco de não adesão (BRASIL, 2010d). Esses dados podem ser utilizados para verificar quando os medicamentos são retirados, os intervalos de sua retirada, as ocorrências de irregularidades (BONOLO; GOMES; GUIMARÃES, 2007) e quando a

terapia é interrompida (GOMES *et al*, 2009), embora não seja possível afirmar se os esquemas ARV dispensados foram utilizados adequadamente (SABATÉ, 2003, BRASIL, 2010d). Pode, ainda, ser adotado na prática clínica para orientação aos pacientes em tratamento nas UDMs já que se trata de um método simples e que utiliza um sistema de dispensação padronizado pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (BRASIL, 2010d).

“Os registros da farmácia mostraram-se adequados para detectar os pacientes em risco de não tomar seus medicamentos corretamente ou mesmo de abandonar o tratamento. Os registros da farmácia podem ser um importante marcador de utilização dos serviços de referência como indicador indireto para identificar pacientes em risco de não adesão” (BRASIL, 2010d, p. 116).

Os serviços de saúde e a equipe multidisciplinar têm importância fundamental no acolhimento e adesão dos pacientes em TARV. “[...] a farmácia é um espaço potencialmente favorável para a escuta e construção de vínculos de confiança com os usuários” (BRASIL, 2010d, p.117).

A busca irregular da medicação é também importante marcador de utilização dos serviços considerando que o sistema de dispensação de ARV no Brasil é padronizado, ocorre somente em serviços credenciados e com periodicidade mensal. “Apesar dos registros de farmácia medirem primariamente a adesão do paciente ao serviço, mais do que ao tratamento em si, este mecanismo de monitoramento deve ser aprimorado e padronizado” (ROCHA, 2010).

3.6 *O monitoramento do tratamento*

A infecção pelo HIV tem sido considerada de caráter crônico evolutivo e potencialmente controlável, desde o surgimento da terapia antirretroviral combinada (TARV) e da disponibilização de marcadores biológicos, como CD4+ e carga viral, para o monitoramento de sua progressão. Tais avanços tecnológicos contribuíram de forma bastante positiva para a vida das pessoas que vivem e convivem com o HIV (BRASIL, 2008a, BRASIL, 2010d).

A eficácia da TARV é monitorada por: (HARRIES, MAHER, GRAHAM, 2005)

- melhora clínica;

- aumento do peso;
- diminuição da ocorrência e severidade das doenças associadas ao HIV ((infecções oportunistas e doenças malignas);
- melhora nos marcadores biológicos do HIV: contagem de linfócitos T CD4+ e nível plasmático do RNA do HIV (Carga Viral).

A quantificação da carga viral plasmática tem sido utilizada como marcador de adesão e sucesso terapêutico, amplamente embasado na literatura. A carga viral é considerada um método direto de avaliação da adesão, e de fácil realização através da rede pública de laboratórios (BRASIL, 2010d).

O monitoramento da segurança e tolerância dos medicamentos ARV depende da avaliação clínica e dos testes laboratoriais. Estes incluem a realização de exames laboratoriais como: hemograma, enzimas hepáticas, glicemia, perfil lipídico, entre outros. Diferentes regimes do TARV requerem testes laboratoriais diferentes.

O Projeto Atar (BRASIL, 2010d) destaca como uma das estratégias apontadas para superar o desafio de alcançar níveis ótimos de adesão, o monitoramento clínico e a realização de intervenções visando à obtenção e manutenção de níveis ótimos de resposta clínica-laboratorial ao tratamento, além de procedimentos clínicos como: regularidade de visitas médicas e o monitoramento contínuo das reações adversas. “O acesso facilitado aos serviços de saúde e o estabelecimento de equipe multidisciplinar certamente contribuirão para o incremento da adesão na população estudada” (BRASIL, 2010d, p. 179).

Se gestão requer visão de desempenho, é imprescindível que a avaliação seja considerada como ferramenta de gestão, no sentido de formular e controlar cotidianamente os resultados indicados como desejáveis. O gestor deve assumir a institucionalização da avaliação como uma ferramenta que contribui para identificar os fatores que, ao longo da implementação das ações, facilitam ou impedem que se atinjam os resultados desejados. O monitoramento dessas ações permite detectar dificuldades e obstáculos para corrigir os rumos das ações e disseminar lições e aprendizagens (LEITE; GUIMARÃES, 2011).

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Realizar diagnóstico situacional do atendimento do Serviço de Assistência Especializada (SAE) de Osório/RS aos usuários adultos HIV positivos em terapia antirretroviral, em relação às recomendações definidas pelos consensos terapêuticos vigentes.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

4.2.1 Descrever características clínicas dos usuários cadastrados no Sistema de Controle Logístico (SICLOM) da Unidade de Dispensação de Medicamentos (UDM) de Osório/RS;

4.2.2 Propor um índice para avaliar a adequação do atendimento do serviço ao protocolo de Recomendações para Terapia Antirretroviral a Adultos Infectados pelo HIV-2008.

4.2.3 Identificar a adesão dos usuários à terapia antirretroviral mensurada a partir da frequência de retirada de medicamentos;

4.2.4 Estimar a resposta terapêutica dos usuários ao tratamento proposto.

4 MÉTODO

5.1 *Tipo de Estudo*

Propõe-se uma análise descritiva exploratória do serviço prestado pelo SAE/UDM de Osório/RS e uma avaliação de sua adequação quanto ao acompanhamento/monitoramento dos pacientes em TARV para identificação dos possíveis fatores associados com a ineficácia e não adesão ao tratamento.

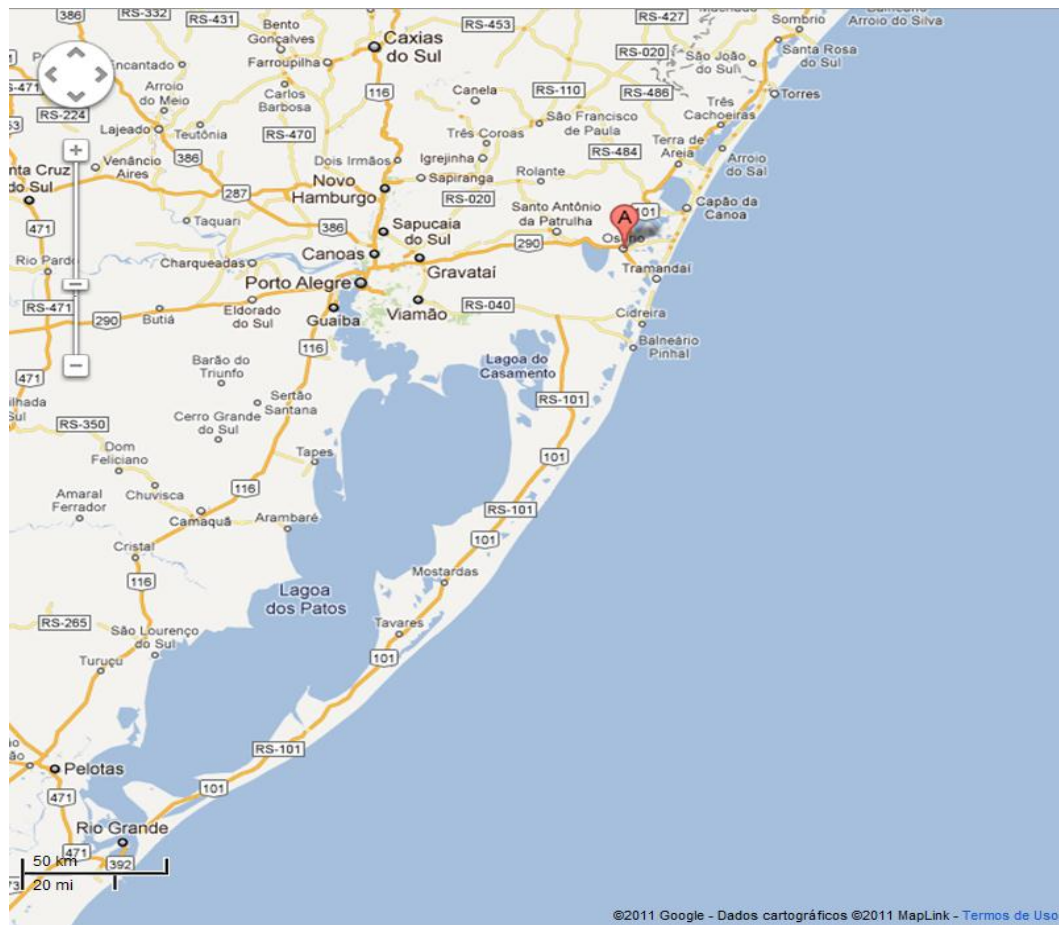
5.2 *Período*

O estudo realiza-se entre 01/04/2011 à 29/02/2012, período que abrange o início do trabalho em assistência farmacêutica no serviço e o acompanhamento, monitoramento e intervenções realizados até sua data final.

5.3 *Local*

O município de Osório está localizado na região do litoral norte do estado do Rio Grande do Sul, de abrangência da 18ª CRS, à 100 Km da capital do estado. Sua população é de 40.906 habitantes (IBGE 2010) dos quais 2.989 (7.3%) habitantes em zona rural e 37.917 (92.7%) residentes em zona urbana.

Está habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada. A rede pública de saúde municipal é formada por 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS) 9 delas com equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) obtendo uma cobertura de 67,5% da população

Figura 2. Mapa de localização de Osório/RS:

Osório presta atendimento público especializado em HIV/Aids aos usuários do próprio município, além de ser referência microrregional para os usuários dos municípios de Mostardas, Palmares do Sul, Pinhal, Santo Antônio da Patrulha, e para pacientes da Penitenciária Modulada Estadual de Osório. A rede instalada de serviços em atendimento ao PN-DST/Aids é composta por um Serviço de Assistência Especializada (SAE) que presta assistência ambulatorial ao programa (através de sua equipe multidisciplinar), um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) para realização e encaminhamento de exames de diagnóstico do HIV, exames marcadores imunovirológicos (contagem de linfócitos TCD4+ e carga viral-CV) e genotipagem e uma Unidade de Dispensação de Medicamentos (UDM) que dispensa e distribui medicamentos ARV à rede referenciada e aos pacientes, individualmente, através do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) . Em 31/03/2011 estavam cadastrados no SICLOM 283 usuários. A equipe multidisciplinar que presta atendimento é composta por: médico infectologista

(8 horas/semanais); enfermeiro (40 horas/semanais); psicólogo (16 horas/semanais); farmacêutico (20 horas/semanais); nutricionista (4 horas/mês) e dois técnicos de enfermagem (cada um com 40 horas/semanais). As principais atividades desenvolvidas são: aconselhamento e diagnóstico do HIV, cuidados ambulatoriais de enfermagem, orientação e apoio psicológico, atendimento médico em infectologia, controle, distribuição e dispensação de ARV, orientações nutricionais, seguimento clínico e laboratorial do HIV e dos efeitos adversos da TARV, distribuição de insumos de prevenção, atividades educativas de prevenção e controle de DST e Aids e capacitação da rede.

O usuário acessa o serviço:

- por demanda espontânea – quando, por iniciativa própria procura o CTA para realizar o teste de diagnóstico de HIV e obtém resultado positivo;
- por encaminhamento da rede de saúde municipal, hospitais ou dos demais municípios referenciados;
- por transferência de outros serviços.

Além do atendimento a novos usuários, o serviço realiza o acompanhamento e monitoramento de usuários portadores de HIV que não possuem indicação de tratamento, dos usuários com indicação consensual de tratamento, gestantes HIV+ e acompanhamento de crianças expostas ao HIV.

O fluxo do atendimento inicia-se através da equipe de enfermagem, que realiza o acolhimento inicial encaminhando o usuário conforme suas necessidades. Verifica-se a existência de registros e dados de prontuário médico, quando aplicável, e da realização dos exames imunoviológicos, marcadores prognóstico da infecção pelo HIV: contagem de linfócitos CD4+ (CD4) e quantificação do vírus no plasma – carga viral (CV), em até 4 meses da data do acesso do usuário ao serviço. Na falta dos exames, o primeiro procedimento a ser realizado é o agendamento da coleta para sua realização, visando à agilidade e racionalidade do processo de cuidado. Em posse do resultado atual desses exames, agenda-se a consulta médica especializada. Os usuários em tratamento recebem nova Solicitação de

Medicamentos na consulta médica. Essas solicitações têm validade legal de até dois meses para a retirada de antirretrovirais na UDM.

As consultas com a psicóloga e com a farmacêutica são agendadas:

- por encaminhamento médico ou de enfermagem;
- por demanda espontânea do usuário.

Essas consultas são prioritariamente encaminhadas no início do tratamento, ou em situações de troca de esquema terapêutico, abandono, interrupção ou baixa adesão do usuário ao tratamento.

A equipe multiprofissional realiza, sistematicamente, reuniões para discussão de casos e padronização de condutas. Por deliberação interna da equipe atribui-se como padrão de atendimento adequado aos usuários em TARV a realização de, pelo menos, três consultas médicas/ano, duas coletas para CD4 e CV/ano e validade da Solicitação de Medicamentos de três meses. Esse padrão de atendimento foi estabelecido tendo em vista a demanda reprimida, principalmente por consultas médicas. Vale salientar a verificação de um grande número de usuários faltosos às consultas agendadas e às coletas para exames de CD4 e CV.

A UDM mantém ficha cadastral para cada usuário em tratamento onde são feitos os registros manuais das dispensações mensais, realizadas do esquema ARV e outras informações com relação à terapia instituída (Apêndice 3.). O usuário assina o recebimento de sua medicação e a dispensação é, então, registrada no SICLOM.

5.4 População de estudo

Para a realização deste estudo foram elegíveis indivíduos soropositivos para HIV atendidos integralmente no Serviço de Assistência Especializada (SAE) de Osório/RS, em tratamento para aids no período de abril/2011 à fevereiro/2012 com

cadastrado ativo no SICLOM em 31/03/2011. Foi critério de inclusão ter registro de fornecimento de ARV (dispensa) na Unidade de Dispensação de Medicamentos (UDM) de Osório/RS.

Foram excluídos da análise indivíduos com cadastros indevidos ou duplicados, pacientes que não recebem os ARV na UDM de Osório, pacientes que foram transferidos para atendimento em outros serviços, pacientes que não realizam acompanhamento de consultas e exames no SAE/Osório, as crianças (menores de 13 anos de idade) e as gestantes. Foram ainda excluídos os indivíduos que abandonaram o tratamento (pacientes sem dispensas ou consultas por mais de 6 meses) e os óbitos ocorridos durante o período de estudo.

5.5 *Medidas/Variáveis*

5.5.1 Características clínicas e de uso do serviço - para esta análise foi consideradas a distribuição de frequências das características clínicas: classificação clínica inicial, tempo de uso de TARV, acompanhamento psicológico, esquema terapêutico inicial e adequação da solicitação médica.

5.5.2 Índice de Adequação do serviço aos consensos - para analisar a adequação do serviço aos consensos vigentes foi proposto um índice para análise das seguintes variáveis: número e frequência de consultas médicas de acompanhamento no serviço, frequência de realização de contagens de CD4 e CV, existência ou não de Solicitação Médica de ARV atualizada e válida e adequação do esquema terapêutico utilizado.

5.5.3 Ocorrência de adesão à TARV – foram analisados os intervalos de dispensações registradas na UDM mensalmente até o 11º mês de seguimento para avaliação de sua regularidade/irregularidade/interrupção.

5.5.4 Resposta Terapêutica – acompanhamento dos resultados de TCD4+ e CV dos pacientes no período do estudo e comparação entre os resultados do início do

tratamento ou até um mês após a primeira dispensação com os últimos resultados do final do período. Para os pacientes com ambas as medidas disponíveis (inicial e final), a resposta imunológica ao tratamento é verificada por meio do ganho de linfócitos TCD4+, e a resposta virológica pela redução média na carga viral.

5.6 *Coleta de Dados*

Os dados foram coletados por meio de pesquisa nos prontuários médicos e nas fichas de dispensação da UDM, registros do SICLOM e do sistema operacional SIG-Saúde da Secretaria Municipal de Osório. O instrumento de coleta de dados está disponível no apêndice 1. A investigação nos prontuários visa o monitoramento dos registros desde o início da TARV e, principalmente no período do estudo e inclui: a) as características sócio-demográficas elegíveis; b) a classificação clínica inicial quando do início dos ARV; b) os registros de contagem de linfócitos T CD4+ e de quantificação de carga viral (CV); c) o registro de atendimento com psicólogo; e d) as datas de diagnóstico, primeiro atendimento no SAE e início da TARV.

Através das Fichas de Dispensação da UDM e dos registros do sistema SICLOM, obteve-se o esquema ARV para verificação de sua adequação às Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV: 2008 (BRASIL, 2008a) e para classificá-lo conforme definido pela OMS em 1ª, 2ª ou 3ª linha (WHO, 2010). Além disso, verificou-se a ocorrência de trocas de esquemas, as datas de Solicitação Médica de ARV e o monitoramento da retirada mensal dos ARV no período de estudo.

O comparecimento às consultas médicas no SAE e os intervalos entre elas foram obtidos dos registros do sistema SIG-Saúde.

5.7 *Análise dos Dados*

Na análise descritiva dos dados os pacientes foram caracterizados segundo variáveis clínicas através da distribuição de suas frequências apresentadas em números absolutos e percentuais. Optou-se por registrar como data de início da TARV, aquela registrada no prontuário do paciente. A data de cadastro no SICLOM foi coletada apenas à título de comparação pois verificou-se discordâncias e inconformidades entre essas datas, não havendo um critério inicial estabelecido para a realização deste cadastro, principalmente para pacientes com início de tratamento há mais de três anos, época do início de implantação do SICLOM no serviço. As pessoas cadastradas receberam classificação no início da TARV conforme os critérios CDC – 1992 que relatam as categorias em que os pacientes são definidos como “caso de AIDS”, divididas em A (assintomáticos com $CD4 < 200$), B (sintomático, nem A, nem C, com $CD4 < 200$) e C (condição indicadora de AIDS, independente do valor de $CD4$). Os esquemas terapêuticos foram classificados conforme definido pela OMS em 1ª linha (esquema inicial recomendado para pacientes virgens de tratamento), 2ª linha (esquema alternativo para algumas condições clínicas específicas ou troca por reação adversa ao esquema de 1ª linha) ou 3ª linha (esquema de resgate após genotipagem, em casos de falha ou desenvolvimento de resistência ao tratamento) nas datas de início e final do estudo.

Para avaliar a adequação do serviço aos consensos com relação às consultas médicas verificou-se o número de consultas por paciente no período e o intervalo entre elas. Considera-se adequado às Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV: 2008 (BRASIL, 2008a) pacientes que tiveram três ou mais consultas desde que o intervalo entre duas consecutivas não seja maior que seis meses. Quanto aos exames $CD4$ e CV para monitoramento da TARV o serviço é considerado adequado quando proporciona sua realização de, pelo menos, seis em seis meses. A solicitação médica de ARV tem validade de dois meses após sua emissão e o serviço é considerado adequado quando mantém essas solicitações atualizadas. Para fins de análise, atribui-se, empiricamente, pontuação para cada uma das variáveis, com relação aos dados do final do período de estudo, propondo-se assim, o índice de adequação do serviço ao consenso:

a) Consulta médica:

- regular – três ou mais consultas realizadas em um intervalo não superior a seis meses entre elas – 3 pontos;
- insuficiente – duas consultas realizadas em um intervalo não superior a seis meses entre elas – 2 pontos;
- irregular – duas consultas em intervalos maiores do que seis meses ou uma consulta no período desde que a menos de seis meses – 1 ponto;
- sem consulta – nenhuma consulta médica realizada durante os últimos seis meses do período – 0 ponto.

b) Coleta para CD4 e CV:

- adequada – realizada em intervalos \leq seis meses, pelo menos duas vezes no período – 2 pontos;
- insuficiente – realizada uma vez no período – 1 ponto;
- Inadequada – não realizada no período – 0 ponto.

c) Solicitação médica de ARV:

- adequada – emitida em até dois meses antes do final do período (a partir de dezembro/2011) – 3 pontos;
- parcialmente adequada - emitida em até três meses antes do final do período (em novembro/2011) – 2 pontos;
- insuficiente - emitida em até quatro meses antes do final do período (em outubro/2011) – 1 ponto;
- inadequada – emitida a mais de quatro meses antes do final do período (em setembro/2011 e antes) – 0 ponto.

d) esquema terapêutico:

- adequado - prescrito conforme preconizado pelas recomendações do Consenso – 2 pontos;
- inadequado – prescrito em desacordo com as recomendações do Consenso – o ponto.

Índice de avaliação do serviço quanto à adequação às Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV: 2008 (BRASIL, 2008a):

- Serviço adequado – 8 à 10 pontos;
- Serviço parcialmente adequado – 6 à 7 pontos;
- Serviço inadequado – menos de 5 pontos.

Foram analisadas todas as dispensações dos ARV registradas mensalmente nas fichas de dispensação da UDM de cada usuário no período de estudo. Para cada dispensação foram obtidas informações sobre as datas da primeira e subsequentes dispensações, esquemas de ARV dispensados, e ocorrência de trocas. Considerou-se como troca de esquema a inclusão, exclusão ou ajuste de dose de pelo menos um ARV do esquema terapêutico. Os intervalos estudados iniciam na dispensação realizada entre o mês de abril e maio/2011(1º intervalo), entre maio e junho/2011 (2º intervalo) e assim, sucessivamente até o mês de fevereiro/2012. No total tem-se dez intervalos. O tempo entre as dispensações de ARV foi calculado pela diferença, em dias, entre as datas das mesmas, até o final do período.

Levando em conta o ponto de corte estabelecido em outros estudos com essa variável (CAMPOS, 2009; ATAR; ROCHA, 2010, BRASIL, 2010d) e no tempo mínimo esperado de 30 dias entre duas dispensações subsequentes, considerou-se como irregular qualquer diferença superior a 34 dias. As dispensações dos ARV foram avaliadas pelo tempo entre elas. Em casos excepcionais, quando o serviço autorizava dispensações antecipadas de ARV (por exemplo, para dois meses de uso), o tempo foi ajustado para o período mensal. Dessa forma, as dispensações de ARV foram expressas pela prevalência no período estudado (11 meses), independentemente do momento de ocorrência das mesmas, e categorizadas em

três grupos: a) regular: quando não houve qualquer irregularidade no tempo entre as dispensações no período; b) irregular: quando o tempo entre as dispensações foi maior do que 34 dias até o 11º mês de seguimento, e c) interrupção: quando o paciente ficou mais de 60 dias sem retirar os ARV e retornou a retirá-los dentro do período de 6 meses. Considerou-se como definição operacional de adesão os indivíduos que buscaram seus ARV de forma regular em pelo menos oito dos dez intervalos estudados, desde que nenhum ultrapassasse 40 dias.

Tabela 1. Intervalos entre as dispensações de um usuário

Intervalo em dias entre as dispensações:	Regularidade	Intervalo em dias entre as dispensações:	Regularidade
1º interv: __ dias	__	6º interv: __ dias	__
2º interv: __ dias	__	7º interv: __ dias	__
3º interv: __ dias	__	8º interv: __ dias	__
4º interv: __ dias	__	9º interv: __ dias	__
5º interv: __ dias	__	10º interv: __ dias	__

Regularidade disp: 1-Regular; 2- Irregular; 3-Interrupção

A resposta terapêutica ao tratamento foi analisada em dois momentos:

- resposta terapêutica inicial – resposta obtida, em pacientes virgens de tratamento, após um ano de seu início;
- resposta terapêutica final – resposta terapêutica identificada no final do estudo, conforme o último exame realizado no período.

Definiu-se como resposta terapêutica efetiva a probabilidade de se ter uma resposta satisfatória ao tratamento. Obtém-se resposta satisfatória inicial com a supressão da carga viral em até um ano após o início do tratamento. Já, a resposta terapêutica satisfatória final é entendida como a ocorrência simultânea, no período de seguimento, de três condições: a) *evolução imunológica favorável*, considerando-se o número de linfócitos T CD4+, classificados segundo as seguintes categorias: 1) >500 céls./mm³, 2) entre 200-500 céls./mm³ e 3) <200 céls./mm³. Os valores do exame anterior ao início do tratamento foram comparados com o valor obtido após um ano e no final do estudo. A permanência nas categorias 1 e 2 ou a migração para uma categoria quantitativamente superior foram consideradas como evolução imunológica favorável; b) *supressão da carga viral (CV)* confirmada abaixo de 400

cópias/ml após 24 semanas ou abaixo de 50 cópias/ml após 48 semanas de tratamento e mantida (não detectável após o alcance da supressão viral); e c) *não existência de qualquer novo diagnóstico de evidência de imunodeficiência grave (Aids).*

5.8 *Considerações Éticas*

Este trabalho foi submetido à aprovação e autorização do gestor (em anexo), Secretário da Saúde do município de Osório/RS, utilizando-se de dados oriundos do sistema de informação e recursos do próprio serviço. A pesquisa, sendo observacional, não acarreta “padrões diferenciados de atendimento ou tratamento”, apenas analisa esses padrões e propõe melhorias na qualidade da atenção prestada a todos os indivíduos atendidos, não os diferenciando por qualquer variável ou classe. O pesquisador responsabiliza-se eticamente em resguardar a identidade dos indivíduos e a confidencialidade da informação.

O estudo foi realizado de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 196 de 10 de Outubro de 1996, sobre diretrizes e normas regulatórias envolvendo seres humanos. O pesquisador declara que não há a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase da pesquisa e dela decorrente.

6 RESULTADOS

6.1 *Seleção da amostra*

Dos pacientes atendidos pelo SAE/UDM de Osório/RS 283 estavam cadastrados no SICLOM em 31/03/2011. Destes, 40 apresentaram cadastros indevidos ou duplicados no SICLOM e 96 eram usuários que retiram os medicamentos ARV em seu município de origem e na Penitenciária Modulada Estadual de Osório. Para esse grupo de pacientes, a UDM/Osório serve de referência para a distribuição dos medicamentos ARV recebidos mensalmente da Coordenação Estadual do Programa, não tendo controle e gestão quanto à dispensação dos medicamentos aos pacientes. Foram, então, considerados elegíveis 147 pacientes que recebem os medicamentos ARV na UDM de Osório. Destes foram excluídos 14 pacientes que foram transferidos para outros serviços, 12 pacientes que realizam acompanhamento clínico em outras instituições, 3 crianças menores de 13 anos e 10 gestantes por possuírem consensos e diretrizes específicas de tratamento e acompanhamento à TARV. Ainda foram excluídos 23 pacientes que abandonaram o tratamento (mais de 6 meses sem dispensas ou consultas no período do estudo) e 8 pacientes que foram à óbito. Portanto, restaram na análise 77 pacientes, conforme o fluxograma a seguir (figura 4).

Figura 3 – Fluxograma de seleção da população em estudo.

6.2 Resultados e Discussão

A tabela 2 apresenta a caracterização da população de pesquisa segundo características sócio-demográficas demonstrando uma prevalência de 44 (57,1%) indivíduos do sexo feminino, 53 (68,8%) com idade entre 30 e 50 anos, 56 (72,7%) residentes em Osório e 19 (24,7%) com escolaridade compreendida na faixa de 4 à 7 anos de estudo.

Tabela 2. Distribuição da população segundo as características sociodemográficas.

SAE/UDM Osório, 2012

Distribuição das Características Sociodemográficas	n	%
Sexo:		
Masculino	33	42,9
Feminino	44	57,1
Idade:		
14 à 29 anos	8	10,4
30 à 50 anos	53	68,8
Maior 50 anos	16	20,8
Município de residência:		
Osório	56	72,7
Microregião referenciada	7	9,09
Região 18 CRS não referenciada	14	18,3
Escolaridade:		
Até 3 anos de estudo	9	11,7
De 4 a 7 anos	19	24,7
De 8 à 11 anos	18	23,4
12 e mais anos	2	2,6
Ignorada	29	37,6

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos pacientes segundo características clínicas e de uso dos serviços. Em relação ao tempo de uso de TARV 35 (45,4%) indivíduos iniciaram tratamento nos últimos 5 anos, 29 (37,7%) estão em tratamento entre 5 e 10 anos e 13 (16,9%) estão em tratamento há mais de dez anos. Dos 35 indivíduos situados na primeira faixa de tempo de uso de TARV, 15 iniciaram o tratamento há menos de 2 anos e apenas 1 indivíduo iniciou o tratamento no último

ano. Talvez isso ocorra em razão dos critérios de seleção da amostra, entre eles estar em TARV há mais de 11 meses (cadastrados à partir de março de 2011), e ser um usuário crônico em atendimento clínico no serviço. Foram excluídos ainda os indivíduos que abandonaram o tratamento no período (n=23) e, como demonstram alguns estudos, usuários com menos tempo de TARV têm maior probabilidade de abandonar ou interromper o tratamento (BRASIL, 2010d).

Receberam acompanhamento psicológico 51 (66,2%) indivíduos, pelo menos uma vez no período do estudo, sendo que seis deles foram atendidos em duas ou mais oportunidades.

As características clínicas do início da terapia, avaliadas conforme os critérios CDC – 1992, indicaram que 55 (71,4%) indivíduos que iniciaram a terapia tardiamente, com contagem de linfócitos T-CD4+ < 200 células/mm³.

Quanto ao esquema terapêutico adotado, 16 (20,8%) indivíduos apresentavam esquema inadequado, em desacordo com as diretrizes das Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV: 2008 por uso de, pelo menos um medicamento ARV no esquema, com indicação de substituição. Destes, três indivíduos continuam com esquemas inadequados enquanto treze tiveram seu esquema alterado no período. Além desses, mais dez indivíduos tiveram seu esquema terapêutico alterado no período do estudo, seis por ocorrência de falha ou resistência terapêutica e quatro por reações adversas aos medicamentos. No final do estudo tem-se 20 (26,0%) indivíduos em tratamento de 1ª linha, 46 (59,7%) em tratamento de 2ª linha, 8 (10,4%) em tratamento de 3ª linha, ou de resgate, além dos três (3,9%) indivíduos com tratamento inadequados.

Com relação à solicitação médica de antirretrovirais observa-se que, no início do estudo, 32 (41,6%) indivíduos estavam com solicitações médicas desatualizadas, sendo que oito indivíduos eram atendidos sem possuírem solicitação médica. Verifica-se uma continuidade dessa situação, com 42 (54,6%) indivíduos no final do estudo com solicitações médicas desatualizadas, porém nenhum deles sem, pelo menos, uma solicitação no período. Este fato se deve, principalmente, a demanda reprimida por consulta médica no serviço, impedindo a adequada atualização das solicitações de medicamentos conforme preconizado pela legislação sanitária.

Tabela 3. Distribuição dos pacientes segundo características clínicas e de uso dos serviços.

SAE/UDM Osório, 2012

Distribuição das Características Clínicas e de Uso do Serviço	n	%
Tempo uso TARV		
Até 60 meses	35	45,4
De 61 à 120 meses	29	37,7
Mais de 121 meses	13	16,9
Acompanhamento psicológico no serviço		
Duas ou mais consultas	6	7,8
Uma consulta	45	58,4
Não	26	33,8
CDC início TARV		
A	27	35,0
B	28	36,4
C	22	28,6
Esquema Terapêutico Inicial		
1ª linha	27	35,0
2ª linha	33	42,9
3ª linha	1	1,3
Inadequado	16	20,8
Solicitação Médica Inicial		
Adequada	45	58,4
Parcialmente adequada	3	3,9
Insuficiente	8	10,4
Inadequada	21	27,3

Na análise dos dados elegíveis para o índice de avaliação da adequação do serviço aos Consensos vigentes (Tabela 4) verifica-se que 39 (50,6%) pacientes são atendidos de acordo com os Consensos, conforme o critério adotado nesse estudo. Dos demais indivíduos, 26 (33,8%) não são atendidos adequadamente e 12 (15,6%) recebem um atendimento parcialmente adequado. O dado que tem maior impacto para esse desfecho é a realização de apenas uma coleta no período para os exames imunoviológicos de monitoramento, seguido da frequência insuficiente e irregular às consultas médicas. Cabe salientar a observação de um grande número de indivíduos faltosos às consultas e coletas previamente agendadas.

Conforme as diretrizes das Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV: 2008, um dos obstáculos à adesão ao tratamento é a não realização periódica das consultas e dos exames de seguimento clínico-laboratorial (BRASIL, 2008b).

Nemes et al (2009) destacam como fatores preditivos de não adesão ligados aos serviços de saúde: tratar-se de um serviço pequeno (que atende até 100 pacientes) e a irregularidade no comparecimento às consultas de acompanhamento.

Tabela 4. Adequação do serviço aos Consensos
SAE/UDM Osório, 2012

Distribuição da Frequência dos Dados	n	%
Consulta médica		
Regular (3 pontos)	29	37,7
Insuficiente (2 pontos)	23	29,9
Irregular (1 ponto)	19	24,6
Sem consulta (0 ponto)	6	7,8
Coleta CD4 e CV		
Adequada (2 pontos)	33	42,9
Insuficiente (1 ponto)	41	53,2
Inadequada (0 ponto)	3	3,9
Solicitação Médica Final		
Adequada (3 pontos)	35	45,4
Parcialmente adequada (2 pontos)	12	15,6
Insuficiente (1 ponto)	4	5,2
Inadequada (0 ponto)	26	33,8
Esquema Terapêutico Final		
1ª linha	20	26,0
2ª linha	46	59,7
3ª linha		
Inadequado (0 ponto)	8	10,4
Inadequado (0 ponto)	3	3,9
Índice de avaliação final do serviço		
Adequado (8 à 10 pontos)	39	50,6
Parcialmente adequado (6 à 7 pontos)	12	15,6
Inadequado (\leq 5 pontos)	26	33,8

Durante o período de acompanhamento das dispensações verificou-se que 51 (66,2%) indivíduos retiraram seus medicamentos regularmente, enquanto 20 (26,0%) retiraram de forma irregular e 6 (7,8%) interromperam o tratamento (Tabela 5). Os dados encontrados estão de acordo com outros estudos publicados que utilizaram os registros da farmácia como medida para avaliar a não-adesão, como os achados de Bonolo *et al* (2005) que encontraram uma proporção de 25,5% de indivíduos com registros de retiradas irregulares de medicamentos. Outros estudos apresentaram taxas de retiradas irregulares ou de atraso em buscar os ARV com variações de 18,9% a 43,2% (BOMTEMPO, 2000; MARTIN-SANCHEZ *et al*, 2002; SEGUY *et al.*, 2007). Na avaliação proposta pelo presente estudo como definição operacional de adesão encontrou-se 51 (66,2%) indivíduos aderentes e 26 (33,8%) não aderentes (Tabela 6). Os motivos das irregularidades e interrupções não foram verificados e talvez devessem ser melhor analisados em estudos futuros.

Alguns estudos (BRASIL, 2010d *apud* GROSS *et al.*, 2006; GROSSBERG; ZHANG; GROSS, 2004; KITAHATA *et al.*, 2004; NACHEGA *et al.*, 2007) apontam a medida de adesão baseada nos registros de dispensação da farmácia como um indicador válido e confiável quando associados com resultados virológicos e imunológicos, progressão clínica e mortalidade. Demonstram ainda a necessidade do monitoramento sistemático das doses retiradas pelos pacientes na farmácia e de sua incorporação à prática clínica e às pesquisas de adesão.

**Tabela 5. Distribuição dos Pacientes de Acordo com a Caracterização das Dispensações
SAE/UDM Osório, 2012**

Dispensações	n	%
Regulares	51	66,2
Irregulares	20	26,0
Interrupção	6	7,8

**Tabela 6. Avaliação da definição operacional de adesão
SAE/UDM Osório, 2012**

Adesão conforme retirada ARV	n	%
Aderentes	51	66,2
Não aderentes	26	33,8
Total	77	100,0

Finalmente, verificou-se a resposta terapêutica dos indivíduos no primeiro ano de uso de TARV e sua situação no final do período do estudo (Tabela 7). Observa-se um ótimo grau de resposta satisfatória no início da terapia ARV com 66 (85,7%) indivíduos atingindo carga viral indetectável após um ano de tratamento. Com relação á situação imunoviológica atual encontra-se uma resposta satisfatória para 58 (75,3%) indivíduos acompanhados, e 19 (24,7%) apresentando resposta terapêutica insatisfatória no final do estudo. Estudos demonstram que a proporção de indivíduos com maior ganho médio de linfócitos T CD4+ e maior redução média de carga viral do HIV é significativamente maior em indivíduos aderentes do que entre não aderentes, independente da medida de adesão adotada (BRASIL, 2010d; ROCHA, 2010). Esses dados correspondem a um resultado positivo esperado da efetividade do tratamento ARV (RACHID, SCHECHTER, 2008).

**Tabela 7. Avaliação da Resposta Terapêutica inicial e final
SAE/UDM Osório, 2012**

Resposta Terapêutica (RT) à TARV	n	%
<i>RT inicial</i>		
Insatisfatória	11	14,3
Satisfatória	66	85,7
<i>RT final</i>		
Insatisfatória	19	24,7
Satisfatória	58	75,3
Total	77	100,0

Dos 26 indivíduos considerados não-aderentes, 15 (57,7%) apresentaram resposta terapêutica final insatisfatória, 9 (34,6%) apresentaram resposta terapêutica final satisfatória enquanto 2 indivíduos não puderam ser avaliados pois seus últimos resultados de CD4 e CV são de datas anteriores a 6 meses do final do estudo. Essa relação demonstra que a maioria dos indivíduos que foram considerados não-aderentes pelo critério de irregularidade nas retiradas de medicamentos confirmaram essa situação por sua resposta terapêutica final aos exames imunoviológicos.

Por outro lado, 4 indivíduos que foram considerados aderentes apresentaram resposta terapêutica insatisfatória demonstrando a limitação desse critério como único indicador de adesão ao tratamento.

Considerando-se apenas os 15 indivíduos confirmadamente não-aderentes, encontram-se as seguintes relações com os demais dados:

- 4 indivíduos fazem uso de TARV a mais de 10 anos, 5 indivíduos iniciaram a TARV entre 5 e 10 anos, enquanto 6 indivíduos iniciaram nos últimos 5 anos;

- 12 indivíduos residem em Osório, 2 na região da 18^oCRS e 1 indivíduo na região microrreferenciada;

- 9 indivíduos são do sexo masculino e 6 do sexo feminino. Considerando que a amostra total apresenta 57% dos indivíduos do sexo feminino, pode-se afirmar que há uma maior tendência a não-adesão nos indivíduos do sexo masculino;

- 10 indivíduos tiveram pelo menos um atendimento psicológico no período, enquanto 5 não receberam esse atendimento;

- 7 indivíduos apresentaram frequência irregular às consultas médicas; 4 apresentaram frequência insuficiente e 4 apresentaram frequência regular às consultas médicas;

- quanto às solicitações de medicamentos 8 indivíduos apresentaram solicitações de medicamentos adequadas; 1 indivíduo apresentou solicitação de medicamento parcialmente adequada, 1 indivíduo apresentou solicitação de medicamento insuficiente e 5 indivíduos apresentaram solicitação de medicamento parcialmente inadequadas.

- 5 indivíduos receberam atendimento adequado aos Consensos, 5 indivíduos receberam atendimento parcialmente adequados e os demais 5 indivíduos receberam atendimento inadequado aos Consensos de acordo com o critério definido por este estudo.

Estudo retrospectivo conduzido por Farley et al (2005) avaliou a adesão à TARV comparando dois métodos, o auto-relato e os registros da farmácia. Os registros da farmácia identificaram duas vezes mais indivíduos não-aderentes quando comparados ao auto-relato, controlados pelos níveis de carga viral que estavam significativamente relacionados à adesão medida pelos dois métodos.

No âmbito do Projeto Atar, estudo de coorte concorrente que teve como principal objetivo avaliar a taxa de incidência de não adesão à TARV, foram realizadas análises por diferentes métodos e estratégias de modelagem estatística, possibilitando observar importantes associações com as medidas de adesão e eventos de interesse, incluindo características sociodemográficas, clínicas e ainda aquelas relacionadas com a utilização dos serviços (BRASIL, 2010d).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso universal à TARV no Brasil constitui a principal base técnica e ética da assistência às pessoas que vivem com Aids (NEMES *et al*, 2009). Garantir tratamento acessível e de boa qualidade exige a estruturação da atenção visando suprir as necessidades de saúde dos usuários, e aumentar o número de pacientes que atingem suas metas terapêuticas.

Estudos transversais realizados em populações usuárias de serviços específicos podem fornecer informações importantes para a organização destes serviços, embora seus resultados não possam ser generalizados. Permitem ainda, conhecer melhor os determinantes e o padrão do atendimento prestado podendo contribuir significativamente para o planejamento e organização das ações de saúde e reorientar as práticas assistenciais, na perspectiva de uma utilização mais racional dos medicamentos.

Este estudo buscou realizar um diagnóstico do serviço de assistência especializada em HIV/Aids do município de Osório/RS avaliando a adequação da assistência aos consensos terapêuticos vigentes no país, a adesão e a resposta terapêutica dos usuários ao tratamento. Os consensos e protocolos publicados no âmbito da assistência aos indivíduos em TARV no Brasil estabelecem recomendações gerenciais e clínicas sobre as condições e cuidados das PVHA.

O diagnóstico do serviço permite conhecer os fatores que estão associados ao risco de falhas no tratamento, e avaliar a efetividade da terapia através da coleta de dados clínicos e laboratoriais para verificar resultados reais e compará-los com os objetivos terapêuticos. O estudo propõe a construção de um índice para avaliar a adequação do atendimento do serviço aos consensos e de indicadores de adesão e resposta terapêutica dos pacientes em TARV, gerando informações que podem servir de subsídios para incrementar a qualidade da atenção.

O serviço obteve um índice de adequação aos consensos de 50,6% demonstrando a necessidade de criar estratégias para o encaminhamento dos pacientes, de modo a suprir as demandas identificadas garantindo a integralidade de seu cuidado.

Apesar da identificação de bons resultados imunoviológicos na população estudada, 26 (33,8%) indivíduos apresentaram adesão insatisfatória, o que permite concluir que a adesão à TARV representa um grande desafio para as pessoas em tratamento e para os serviços, principalmente considerando-se a necessidade de um constante monitoramento para evitar situações em que possam aumentar o risco de não adesão ao tratamento.

A realização desse estudo representou uma oportunidade de intervenção prática e identificação de demandas de atendimento, com relação ao encaminhamento dos indivíduos aos atendimentos específicos conforme as necessidades identificadas para a adequação do monitoramento dos tratamentos instituídos às recomendações dos Consensos vigentes. Assim, durante o período do estudo criou-se ferramentas gerenciais para o acompanhamento desse processo. O apêndice 2 apresenta planilha que está sendo utilizada para encaminhamento dos pacientes à consultas, exames e outras demandas identificadas. Essa planilha fica anexada à ficha de dispensação de medicamentos, apêndice 3, o que a torna regularmente visualizada, constituindo-se num método fácil e efetivo para o acompanhamento e monitoramento dos pacientes.

O monitoramento do serviço através do índice e indicadores propostos, pode se tornar um método útil para planejar e avaliar procedimentos e tarefas, investigando em que medida as atividades são adequadas para atingir os resultados esperados. Por outro lado permite detectar falhas na adesão e resposta terapêutica, proporcionando que os profissionais envolvidos na assistência às PVHA planejem intervenções de forma precoce prevenindo a emergência da resistência aos diversos esquemas antirretrovirais.

8 RECOMENDAÇÕES

A utilização dos registros da farmácia para avaliar, de um modo indireto, a adesão ao tratamento implica, como limitação, uma subestimação do nível de adesão, pois o fato do indivíduo receber seus medicamentos não permite afirmar se a medicação foi utilizada nos horários e na quantidade prescrita. Porém, esse dado, juntamente com outros fatores aqui verificados, como o comparecimento regular dos indivíduos para consultas e exames, além de sua relação aos desfechos imunoviológicos, pode se constituir em bons indicadores de adesão ou ainda como método para identificar indivíduos em risco de não adesão de uma forma simples e rápida.

A avaliação sistemática das condições de risco para não adesão é de grande relevância para proporcionar uma atuação adequada de toda equipe multiprofissional no manejo das dificuldades apresentadas pelos pacientes em relação ao seu tratamento.

Os princípios e diretrizes do SUS devem orientar ações de saúde adequadas às realidades locais atendendo necessidades institucionais e gerenciais. As soluções para manutenção e ampliação do sucesso da resposta brasileira à epidemia de aids passam pelo incremento de recursos que possibilitem a estruturação da atenção especializada, arranjos institucionais e tecnologias específicas para garantir a qualificação de todos os serviços (NEMES *et al*, 2009)

Mas para isso é necessário sensibilizar os gestores quanto à importância e relevância de se garantir o monitoramento adequado da terapia através do atendimento da demanda reprimida, principalmente em relação à consultas e exames e da organização da rede de referenciamento à níveis de maior complexidade.

Verifica-se a necessidade de mudança nos processos de trabalho com a adoção de uma intervenção pontual do serviço e da equipe de saúde, como a busca dos pacientes faltosos, para evitar ou diminuir os riscos de não adesão conquistando, assim, uma maior efetividade do tratamento. Garantir fluxos e instâncias específicas de trabalho facilitando a criação de vínculo entre os pacientes e os profissionais de saúde. Por outro lado, deve-se padronizar e compartilhar a

linha de conduta com toda equipe multidisciplinar do serviço, garantindo o acolhimento e o acompanhamento sistemático do paciente de modo que ele receba, de fato, uma atenção integral. Neste sentido, propõe-se a estruturação do trabalho em rede em parceria com as equipes de saúde da família com matriciamento e educação permanente com a atenção primária, facilitando a busca ativa dos casos, acompanhamento do uso de medicamentos, tratamento diretamente observado, acompanhamento psicológico domiciliar, etc.

Por fim, cabe enfatizar que este trabalho teve como principal limitação as dificuldades em obter dados dos sistemas de informação disponíveis no âmbito do SUS (SISCEL, AIH, SIM, SINAN) e a falta de associação e disponibilização das informações geradas por esses sistemas tornando possível a obtenção de dados consistentes. O SICLOM atende as necessidades de acompanhamento das dispensações efetuadas através de seus registros podendo auxiliar na criação de mecanismos de monitoramento da adesão dos pacientes de uma forma simples, objetiva e precisa. Verifica-se, porém, que algumas alterações devam ser implementadas no sistema, como a disponibilização de dados agrupados dos pacientes da unidade de saúde de forma a ser possível realizar análises, como a do presente estudo, sem a necessidade de recorrer a dados externos e prontuários. Atualmente, somente relatórios por paciente e por medicamentos, em separado estão disponíveis no serviço, em formato não adequados a avaliações quantitativas (PDF) (CAMPOS, 2009). Por outro lado, verificou-se ainda durante o estudo, que o sistema não possui uma ferramenta para impedir a duplicação de cadastros, ou, no caso em que isso ocorra, para unificação dos dados em um único cadastro evitando-se a perda de informações, caso se opte pela exclusão de um cadastro duplicado. Além disso, verificou-se a inconsistência de alguns relatórios gerenciais. Todos esses fatos geraram demandas de ordens de serviço junto à coordenação do sistema no Departamento Nacional de DST/HIV/Aids e estão em fase de análise.

À partir da análise de todos esses dados e fatores e de suas correlações pretende-se, em estudos futuros, avaliar continuamente o impacto da adesão à TARV e seu efeito no prognóstico dos indivíduos em tratamento no SAE/UDM de Osório.

REFERÊNCIAS

- 1- Acurcio, F.A. *et al* . Análisis coste-efectividad de la adhesión inicial a la terapia antirretroviral entre individuos infectados por el VIH en Belo Horizonte, Brasil. **Rev. Esp. Salud Pública**, Madrid, v. 80, n. 1, Feb. 2006. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v80n1/original1.pdf> Acesso em 03/03/2012.
- 2- Bangsberg DR *et al*. Adherence to protease inhibitors, HIV-1 viral load, and development of drug resistance in an indigent population. **AIDS – Official Journal of the Internacional Aids Society**, 2000, 14:357-366. Disponível em: http://journals.lww.com/aidsonline/Fulltext/2000/03100/Adherence_to_protease_inhibitors,_HIV_1_vira l.8.aspx. Acesso em 24 jan 2012.
- 3- Bastos, F. I. **Aids na terceira década**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006
- 4- Berg, K.M., Arnsten, J.H. Practical and Conceptual Challenges in Measuring Antiretroviral Adherence. **J. Acquir Immune Defic Syndr**, 2006; 43:S79-S87.
- 5- Bonolo P.F., César C.C., Acurcio F.A., Ceccato M.G.B., Pádua C.A.M., Álvares J., et al. Nonadherence among patients initiating antiretroviral therapy: a challenge for health professionals in Brazil. **AIDS – Official Journal of the Internacional Aids Society**, 2005;19:S5-13. Disponível em: http://journals.lww.com/aidsonline/fulltext/2005/10004/non_adherence_among_patients_initiating.2.aspx. Acesso em 20 dez 2011.
- 6- Bonolo, P. F.; Gomes, R. R. F. M.; Guimarães, M. D. C. Adesão a terapia anti-retroviral (HIV/Aids): fatores associados e medidas de adesão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.I.], v. 16, n. 4, p. 261-78, out./dez. 2007. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v16n4/v16n4a05.pdf> Acesso em 20/12/2011
- 7- BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o Fortalecimento das Ações ao Tratamento para Pessoas que Vivem com HIV e AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- 8- _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos Infectados pelo HIV: 2008**. 7º Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.
- 9- _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. **Avaliação da Assistência Ambulatorial aos Adultos Vivendo com HIV/Aids – Qualiaids – Relatório 2007/2008** – Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.
- 10- _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Manual de Adesão ao Tratamento para Pessoas Vivendo com HIV e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c.

- 11- _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids. Série A. Normas e Manuais Técnicos. **Avaliação e Monitoramento da Qualidade da Assistência Ambulatorial em Aids no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008d.
- 12- _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.
- 13- _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Acesso universal no Brasil: cenário atual, conquistas, desafios e perspectivas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.
- 14- _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV, 2008. Suplemento II. Critérios para Início do Tratamento Antirretroviral**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.
- 15- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Adesão ao Tratamento Antirretroviral no Brasil: Coletânea de Estudos do Projeto ATAR**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010d.
- 16- _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Metas e Compromissos assumidos pelos Estados-Membros na Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas sobre HIV/Aids. Resposta Brasileira 2008-2009. Relatório de Progresso do País**. UNGASS – HIV/Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2010e.
- 17- _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Dados de Aids no Brasil – Dezembro/2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010f.
Disponível em:
http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2010/folder_aids_2010_pdf_55624.pdf Acesso em: 21/02/2012
- 18- _____. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo de assistência farmacêutica em DST/HIV/Aids : recomendações do Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- 19- Brito AM, Szwarcwald CL, Castilho EA .Fatores associados à interrupção de tratamento antirretroviral em adultos com AIDS. Rio Grande do Norte, Brasil, 1999-2002. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.52, n.2, abr.2006. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302006000200017 Acesso em 21 jan 2012.
- 20- Campos, D.P. Efeito do Critério de Diagnóstico da AIDS e da Adesão ao Tratamento Anti-Retroviral na Progressão Clínica em HIV/AIDS. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP - Teses de Doutorado). Rio de Janeiro, 2009.
Disponível em:

http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2607/1/ENSP_Tese_Campos_Dayse_Pereira.pdf Acesso em 13/02/2012.

- 21- Chequer, P. **Aids: Brasil dá exemplo de resposta às demandas sociais. Especial AIDS. Agência Fiocruz de Notícias. Saúde e Ciência para todos.** Rio de Janeiro, Abr., 2004.
- 22- Clough L. A., D'Agata E, Raffanti S. Haas, DW. Factors that predict incomplete virological response to protease inhibitor-based antiretroviral therapy. **Clin Infect Dis** 1999; 29:75-81. Disponível em: <http://cid.oxfordjournals.org/content/29/1/75.full.pdf+html> acesso em 24 jan 2012.
- 23- Corrêa, D.C.O. Lima, A.M.C.A. Silva, H.H. O Programa Municipal de DST/AIDS e sua Gestão no Município de Juiz de Fora/MG: limites e possibilidades. **Rev.Libertas, Juiz de Fora**, v.3, n.2, p. 127 - 147, jan-jun / 2009. Juiz de Fora, MG, 2009. Disponível em: http://www.ufjf.br/revistalibertas/files/2011/02/artigo07_10.pdf Acesso em 21 nov 2011.
- 24- CPA. Commonwealth Pharmaceutical Association. The role of the pharmacist in the prevention and management of HIV/Aids. **The Pharmaceutical Journal**, v.271, Dec, 2003.
- 25- Fernandes, José Roberto Maggi et al . Início da terapia anti-retroviral em estágio avançado de imunodeficiência entre indivíduos portadores de HIV/AIDS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, June 2009 . Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600019&lng=en&nrm=iso Acesso em 21 jan 2012.
- 26- Fonseca, M.G.P. **A evolução da Mortalidade por AIDS no país, segundo sua distribuição geográfica. Boletim Epidemiológico AIDS** 2000; XIII(3): 43-49.
- 27- Gomes, Raquel Regina de Freitas Magalhães *et al.* Utilizacao dos registros de dispensacao da farmacia como indicador da nao adesao a terapia de antirretroviral em individuos infectados pelo HIV. **Cad. de Saúde Pública**, [S.l.], v. 25, n. 3, p. 495-506, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n3/04.pdf> Acesso em 16/12/2011
- 28- Grangeiro, Alexandre et al. Estratégias de descentralização e municipalização da resposta à aids no Brasil: implicações para as secretarias de saúde e organizações não governamentais. **Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva**//15 (2010). Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/789/776> Acesso em 24 jan 2012.
- 29- Grangeiro, Alexandre et al . Sustentabilidade da política de acesso a medicamentos anti-retrovirais no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 2011 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000800009&lng=en&nrm=iso Acesso em 19 Nov. 2011.
- 30- Gross, R. et al. A simple, dynamic measure of antiretroviral therapy adherence predicts failure to maintain HIV-1 suppression. **J. Infect. Dis.**, [S.l.], v. 194, n. 8, p. 1108-14, Oct.2006. 200

- 31- Grossberg, R.; Zhang, Y.; Gross, R. A time-to-prescription-refill measure of antiretroviral adherence predicted changes in viral load in HIV. *J. Clin. Epidemiol.*, [S.I.], v.57, n. 10, p. 1107-10, Oct. 2004.
- 32- Gusmão, J.L.; Mion Jr, D. Adesão ao tratamento – conceitos. **Rev Bras Hipertensão** vol.13(1): 23-25, 2006. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/06-adesao-ao-tratamento.pdf> Acesso em 21/02/2012
- 33- Hall, I.H. *et al* Determinants of Progression to AIDS or Death After HIV Diagnosis, United States, 1996 to 2001. **Ann Epidemiol** 2006; 16: 824-833
- 34- Hallal, R. et all. O acesso universal ao tratamento antirretroviral no Brasil. **Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva** // 53. (2010). Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/791/778> Acesso em 30 nov 2011.
- 35- Harries, A.D., Maher, D., Graham, S. **TB/HIV- manual clínico** – 2ª Ed. 22p. Organização Mundial de Saúde (OMS), Geneva, 2005. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_HTM_TB_2004.329_por.pdf Acesso em 23/02/2012
- 36- Kitahata, M. M. *et al*. Pharmacy-based assessment of adherence to HAART predicts virologic and immunologic treatment response and clinical progression to AIDS and death. **Int. J. STD AIDS**, [S.I.], v. 15, p. 803-10, 2004.
- 37- Leite, S.N., Guimarães, M.C.L. **Gestão da Assistência Farmacêutica – Módulo Transversal 1** – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2011. 33p.
- 38- Levi G.C., Vitória, M.A.A.. Fighting against AIDS: the Brazilian experience. **AIDS. Official Journal of the Internacional Aids Society**. 2002;16:2373-83. Disponível em: http://journals.lww.com/aidsonline/fulltext/2002/12060/fighting_against_aids___the_brazilian_experience.1.aspx Acesso em 17/02/2012.
- 39- Marin, N., Luiza, V.L., Osorio-Castro, C.G.S., Santos, S.C.M. **Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003, 373p.
- 40- Marins, J. R. P. *et al*. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. **AIDS Official Journal of the Internacional Aids Society**, [S.I.], v. 17, p. 1675-82, 2003. 207
- 41- Marins, J. R. P. **Estudo de sobrevivência dos pacientes com aids segundo escolaridade e co-infecção por hepatite C e tuberculose: coorte brasileira de 1995-96**. 2004. 201p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Departamento de Medicina Preventiva e Social, UNICAMP, Campinas, 2004. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000374914&fd=y> Acesso em 15 de dezembro de 2011.
- 42- Nacheva, J. B. *et al*. Adherence to highly active antiretroviral therapy assessed by pharmacy claims predicts survival in HIV-infected South African adults. **J. Acquir. Immune Defic. Syndr.**, [S.I.], v. 43, p. 78-84, 2006.

- 43- Nemes MIB, Souza MFM, Kalichman AO, Grangeiro A, Souza RA, Lopes JF. **Aderência ao Tratamento por Anti-retrovirais em Serviços Públicos no Estado de São Paulo**. Coodenação Nacional de DST e AIDS, Série Avaliação: Ministério da Saúde, Brasília, 2000. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aderencia_tratamento_anti_sp.pdf Acesso em 15 dez 2011.
- 44- Nemes, MIB et all. Adesão ao Tratamento, Acesso e Qualidade da Assistência em AIDS no Brasil. **Rev Assoc Med Bras** 2009; 55(2): 207-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302009000200028&script=sci_arttext Acesso em 19 nov 2011.
- 45- Oliveira, D.R. **Atenção Farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa**. São Paulo; RCN Editora; 2011. 328p.
- 46- Oliveira, M.T.C.; Pinto, V.H. **Atenção a saúde do adulto: HIV/AIDS – Saúde em Casa**. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde, Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 68 p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guia/LinhaGuiaHIVAIDS.pdf> Acesso em 13/02/2012. Acesso em: 20/01/2012.
- 47- OMS. **Cuidados Inovadores para Condições Crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial / Organização Mundial da Saúde** – Brasília, 2003 Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/iccc_exec_summary_port.pdf Acesso em 21/02/2012
- 48- Phillips, A. *et al.* Durability of HIV-1 viral suppression over 3,3 years with multi-drug antiretroviral therapy in previously drug-naive individuals. **AIDS Official Journal of the International Aids Society**, v.15, n.18, p.2379-2384, dez. 2001. Disponível em: http://journals.lww.com/aidsonline/fulltext/2001/12070/durability_of_hiv_1_viral_suppression_over_3_3_5.aspx Acesso em: 26/02/2012
- 49- Porco T.C., Martin .J.N, Page-Shafer KA, Cheng A, Charlebois E, Grant RM, Osmond DH. Decline in HIV infectivity following the introduction of highly active antiretroviral therapy. **AIDS. Official Journal of the International Aids Society** 2004;18(1):81-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2442908/> Acesso em: 17/02/2012.
- 50- Rachid, M., Schechter, M. **Manual de HIV/AIDS**. Livraria e Editora REVINTER Ltda. Rio de Janeiro. 9º Ed. 2008. 222p.
- 51- Real, L.H.G. **Mortality profile in HIV infected individuals in HAART era : an analysis of a reference center in Brazil**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas.Porto Alegre, RS, 2011. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/30998/000775381.pdf?sequence=1> Acesso em: 13/02/2012
- 52- -Rocha, G.M. **Monitoramento da Adesão ao Tratamento Antirretroviral no Brasil: um urgente desafio**. Universidade Federal de Minas Gerais. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Belo Horizonte- MG. 2010. Disponível em:

http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/ECJS-84ZGLH/1/gustavo_machado_rocha.pdf Acesso em 20 jan 2012.

53- Rodrigues, C. S. *et al.* Interrupcao do acompanhamento clinico ambulatorial de pacientes infectados pelo HIV. **Rev. Saúde Pública**, [S.l.], v. 37, p. 183-90, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n2/15284.pdf> Acesso em: 13/01/2012.

54- Sabaté, E. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva (Switzerland): WHO, 2003. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf> Acesso em 21/02/2012.

55- Santos, N.S.O.; Romanos, M.T.V.; Wigg, M.D. **Introdução à virologia humana**. 2.ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2008. 523p.

56- Seidl, Eliane Maria Fleury *et al.* Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(10):2305-2316, out, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/06.pdf> Acesso em: 30 nov 2011.

57- Signorini, D.J.H.P. **Elaboração de um Modelo de entrada de dados em HIV/ AIDS visando efetuar estudos clínicos e epidemiológicos de pesquisa e uma Análise de sobrevida dos pacientes com AIDS atendidos em um Hospital Universitário na cidade do Rio de Janeiro, 1995-2002**. Ministério da Saúde, Fundação Osvaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/signoridjhpm.pdf> Acesso em 06 mar 2012.

58- Teixeira PR, Vitória MA, Barcarolo J. Antiretroviral treatment in resource poor settings: the Brazilian experience. **AIDS. Official Journal of the International Aids Society** 2004;18(Suppl 3):S5-S7. Disponível em: http://journals.lww.com/aidsonline/fulltext/2004/06003/antiretroviral_treatment_in_resource_poor.2.aspx Acesso em: 17/02/2012

59- UNAIDS. **Report on the global AIDS epidemic 2010**. Joint United Nations Programmer on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization (WHO), 2010 Disponível em: http://www.unaids.org/documents/20101123_globalreport_em.pdf Acesso em 22/02/2012

60- WHO - **Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: recommendations for a public health approach**. 156p. Austria, 2010 rev. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599764_eng.pdf Acesso em: 23/02/2012.



PREFEITURA MUNICIPAL DE OSÓRIO
SECRETARIA DA SAÚDE

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, Silvana Velho Pereira, farmacêutica, sob registro profissional no CRF/RS nº 4411, especializanda no Curso em Gestão em Saúde, pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, orientada pela professora Roberta Alvarenga Reis, venho por meio deste, solicitar autorização para realizar pesquisa documental e coleta de dados secundários nos sistemas SICLOM e SIG-SAÚDE e prontuários dos pacientes em atendimento no Serviço de Assistência Especializada (SAE) e Unidade de Dispensação de Medicamentos Anti-retrovirais (UDM) de Osório. Estes dados serão utilizados para desenvolver/complementar o meu trabalho de conclusão de curso, cuja proposta é *descrever e analisar o fluxo de atendimento dos usuários adultos em tratamento com medicamentos anti-retrovirais no município, no período de março à dezembro de 2011, e avaliar sua adequação às diretrizes propostas no Consenso publicado pelo Ministério da Saúde “Recomendações para Terapia Anti-Retroviral em Adultos Infectados pelo HIV” (BRASIL, 2008)*. Saliento que não serão utilizados dados de identificação pessoal dos usuários.

Certa de poder contar com a vossa compreensão, aceitação e disponibilidade, desde já agradeço.

Osório, 30 de dezembro de 2011.

Silvana Velho Pereira
Especializanda em Gestão em Saúde – UFRGS

AUTORIZADO POR: Eduardo Aluísio Cardoso Abrahão
CARGO/FUNÇÃO: Secretário Municipal da Saúde de Osório
CARIMBO/ASS:

Eduardo Aluísio C. Abrahão
Secretário da Saúde

C- PREVALÊNCIA DA OPORTUNIDADE DE ADESÃO:

Regularidade disp: 1-Regular; 2- Irregular; 3-Interrupção

Intervalo em dias entre as dispensações:	Regularidade	Intervalo em dias entre as dispensações:	Regularidade
1º interv: <input type="text"/> dias	<input type="text"/>	6º interv: <input type="text"/> dias	<input type="text"/>
2º interv: <input type="text"/> dias	<input type="text"/>	7º interv: <input type="text"/> dias	<input type="text"/>
3º interv: <input type="text"/> dias	<input type="text"/>	8º interv: <input type="text"/> dias	<input type="text"/>
4º interv: <input type="text"/> dias	<input type="text"/>	9º interv: <input type="text"/> dias	<input type="text"/>
5º interv: <input type="text"/> dias	<input type="text"/>	10º interv: <input type="text"/> dias	<input type="text"/>

AVALIAÇÃO ADESÃO: paciente aderente paciente não aderente
D- RESPOSTA TERAPÊUTICA

Avaliação Imunoviológica inicial	CD4/CV até um ano após início TARV	Avaliação resposta inicial TARV	CD4/CV início estudo	CD4/CV final estudo
CD4: _____	<input type="text"/> Sim	CD4: _____	<input type="text"/> Sim	<input type="text"/> Sim
CV: _____	<input type="text"/> Não	CV: _____	<input type="text"/> Não	<input type="text"/> Não
<input type="text"/> alto risco	<input type="text"/> Ignorado	<input type="text"/> imunossup	<input type="text"/> Ignorado	<input type="text"/> Ignorado
<input type="text"/> risco moderado		<input type="text"/> falha virolog	CD4: _____	CD4: _____
<input type="text"/> baixo risco		<input type="text"/> falha imunol	CV: _____	CV: _____
<input type="text"/> Ignorado		<input type="text"/> Ignorado		

Avaliação Imunológica final estudo	Evolução Imunológica Favorável	Avaliação CV final estudo	Supressão CV
<input type="text"/> 1- >500 céls./mm ³	<input type="text"/> Sim	<input type="text"/> 1- >400 cópias/ml	<input type="text"/> Sim
<input type="text"/> 2- entre 200-500 céls./mm ³	<input type="text"/> Não	<input type="text"/> 2- entre 50 e 400 cópias/ml	<input type="text"/> Não
<input type="text"/> 3- <200 céls./mm ³		<input type="text"/> 3- <50 cópias/ml	

Novo episódio de aids	RESPOSTA TERAPÊUTICA INÍCIO TRATAMENTO	RESPOSTA TERAPÊUTICA FINAL:
<input type="text"/> 1- Sim	<input type="text"/> satisfatória <input type="text"/> insatisfatória	<input type="text"/> satisfatória
<input type="text"/> 2- Não		<input type="text"/> insatisfatória
<input type="text"/> 3- Ignorado		

APÊNDICE 2

ENCAMINHAMENTOS/PROVIDÊNCIAS:
ABANDONO SICLOM EM: _____

	SOLICITAÇÕES			PROVIDÊNCIAS		
	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA
COLETA CD4+CV	SOLICITAÇÃO EM:	SOLICITAÇÃO EM:	SOLICITAÇÃO EM:	Marcado: _____	Marcado: _____	Marcado: _____
	Realizado: _____	Realizado: _____	Realizado: _____	Realizado: _____	Realizado: _____	Realizado: _____
CONSULTA	SOLICITAÇÃO EM:	SOLICITAÇÃO EM:	SOLICITAÇÃO EM:	Marcado: _____	Marcado: _____	Marcado: _____
	Realizado: _____	Realizado: _____	Realizado: _____	Realizado: _____	Realizado: _____	Realizado: _____
HEMOGR	SOLICITAÇÃO EM:	SOLICITAÇÃO EM:	SOLICITAÇÃO EM:	Marcado: _____	Marcado: _____	Marcado: _____
	Realizado: _____	Realizado: _____	Realizado: _____	Realizado: _____	Realizado: _____	Realizado: _____
TGO/TGP COLESTER TRIGLICER. GLICEMIA	SOLICITAÇÃO EM:	SOLICITAÇÃO EM:	SOLICITAÇÃO EM:	Marcado: _____	Marcado: _____	Marcado: _____
	Realizado: _____	Realizado: _____	Realizado: _____	Realizado: _____	Realizado: _____	Realizado: _____
OUTROS:	SOLICITAÇÃO EM:	SOLICITAÇÃO EM:	SOLICITAÇÃO EM:	Marcado: _____	Marcado: _____	Marcado: _____
	Realizado: _____	Realizado: _____	Realizado: _____	Realizado: _____	Realizado: _____	Realizado: _____

OUTROS:

APÊNDICE 3



FICHA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Nome: _____ DN: _____ PROCED: _____

ÚLTIMO ESQUEMA TERAPÊUTICO RECEITADO (cfme. última solicitação médica)

DATA: _____ MÉDICO: _____ CRM: _____ PRÓX. SOLICITAÇÃO:

QT	MEDIC	QT	MEDIC	QT	MEDIC	QT	MEDIC

REGISTRO DE DISPENSAÇÃO DE ESQUEMA TERAPÊUTICO ARV

SOLICITAÇÃO MÉDICA		DISP SICLOM	NOVA SOLICITAÇÃO	ALTERAÇÃO	REC
DATA	ASSINATURA PACIENTE	DATA	SIM/NÃO	SM/NÃO	SIM/NÃO

SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE ESQUEMA TERAPÊUTICO:

DATA	NOVO ESQUEMA	RUB MEDICO	OBS

DISPENSAÇÃO DE ESTOQUE REGULADOR (não dispensar no siclom)

DATA	MEDICAMENTOS	MOTIVO

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR PROCESSO

DATA SOLIC	MEDICAMENTO(S)	DATA ENVIO 18	DATA AVALIAÇÃO	DATA/QT RECEBIMENTO NA UDM

OUTROS MEDICAMENTOS ENTREGUES NA UDM (recebidos por processo e medic. da farmácia básica)

ENTREGA		DATA	DISP SIG SIM/NÃO	RECEITA SM/NÃO	OBS SIM/NÃO
DATA	MEDICAMENTO				

OBS:
