

# ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DE PACIENTES HIV POSITIVOS EM UMA UNIDADE DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRAIS

Clara Gavião PRADO<sup>1\*</sup>

Márcia Helena Cardoso Miranda PODESTÁ<sup>3</sup>

Lívia Pereira Thomaz de SOUZA<sup>2</sup>

Walnéia Aparecida de SOUZA<sup>3</sup>

Eric Batista FERREIRA<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Farmacêutica Residente, Residência Multiprofissional em Saúde da Família UNIFAL-MG, Brasil\*.

<sup>2</sup> Farmacêutica Prefeitura Municipal de Alfenas-MG

<sup>3</sup> Doutor, Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG, Brasil

\*Autor correspondente: Universidade Federal de Alfenas. Email: claraunifal@gmail.com

**Recebido em: 15/02/2016 - Aprovado em: 12/08/2016 - Disponibilizado em: 18/12/2016**

## RESUMO:

Considerando a importância da adesão ao tratamento antirretroviral, estratégias de monitoramento e de melhoria têm sido constantemente propostas, dentre elas o acompanhamento farmacoterapêutico. O objetivo do estudo foi realizar o acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes HIV positivos e verificar sua influência na adesão a TARV. Trata-se de um estudo prospectivo realizado na Unidade de Dispensação de Medicamentos de Alfenas-MG. Para o acompanhamento foi utilizado um instrumento elaborado com base nos Métodos Dádere PWDT. Os PRM detectados e as intervenções farmacêuticas realizadas foram quantificadas e classificadas. A adesão ao tratamento foi avaliada por meio do registro de dispensação e da Medida de Adesão ao Tratamento utilizando escala tipo Likert. Comparou-se o número de PRM e a adesão na primeira e na última consulta. Verificou-se uma alta incidência de interrupção do acompanhamento farmacêutico. Foram acompanhados 10 pacientes entre março e dezembro de 2015, sendo detectados problemas farmacoterapêuticos em 70% dos participantes. Foram realizadas intervenções educativas e para a resolução de PRM, havendo redução de 53,85% destes. De acordo com o registro de dispensação, 90% dos pacientes foram classificados como aderentes. Segundo o autorrelato, utilizando-se a MAT, 80% usuários foram considerados aderentes. Não foram observadas diferenças estatísticas, de acordo com o teste exato de Fisher, entre a adesão inicial e final ( $p > 0,05$ ). Conclui-se que a presença do farmacêutico é muito importante para a prevenção, detecção e resolução de PRM. O estudo contribui para a discussão das dificuldades encontradas para a implantação da atenção farmacêutica no âmbito da saúde pública.

**Palavras-chave:** Atenção farmacêutica, Sistema Único de Saúde, Adesão à Medicação, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, Antirretrovirais.

## Pharmacotherapeutic follow-up of HIV-positive patients at a Dispensing Antiretroviral Medicines Unit

### ABSTRACT:

Considering the importance of adherence to antiretroviral therapy, monitoring and improvement strategies have been proposed, including pharmacotherapeutic follow-up. The aim of the study was to do pharmacotherapeutic follow-up of HIV-positive patients and analyse its influence on ARV regimens adherence. This prospective study was conducted at the Dispensing Antiretroviral Medicines Unit in Alfenas-MG. An instrument developed based on Dáder Method and PWDT was used at the follow-up. The detected DRP and pharmaceutical intervention performed were quantified and classified. The treatment adherence was evaluated by the pharmaceutical dispensing records and by the Measure Treatment Adherence using Likert scale. The number of DRP and the adherence at the first and last visit was compared. There was a high incidence of interruption on the pharmacotherapeutic follow-up. A total of 10 patients were followed between march and december 2015, pharmacotherapeutic problems were reported in 70% of the participants. Educational interventions and interventions to solve DRP were held, with a reduction of 53.85% of the cases. According to the pharmaceutical dispensing records, 90% of patients were classified as adherent. According to

self-report using the MTA, 80% of the patients were considered adherent to treatment. No statistical differences were observed according to Fisher's test between the initial and final adherence ( $p > 0.05$ ). In conclusion, the presence of a pharmacist is really important for the prevention, detection and resolution of DRP. The study contributes to the discussion of the difficulties experienced in the implementation of pharmaceutical care in public health.

**Keywords:** Pharmaceutical care, Public Health System, Medication Adherence, Acquired Immunodeficiency Syndrome Antiretroviral Agents

## INTRODUÇÃO

A epidemia de HIV/AIDS (Síndrome da Imunodeficiência humana) continua a atingir toda a população mundial, independentemente de idade e de classe social e se constitui como um importante problema de saúde pública a ser enfrentado. Desde o início da epidemia, em 1982, até junho de 2015, foram registrados no país 798.366 casos de AIDS; destes, 77,0% foram notificados no SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação). Nos últimos cinco anos, a média de registro anual tem sido de 40,6 mil casos (BRASIL, 2015).

A Aids deixou de ser uma doença terminal e é considerada, nos dias atuais, uma doença crônica, em função, principalmente, da terapia antirretroviral cada vez mais eficaz. O Brasil é reconhecido no âmbito mundial, devido às políticas públicas relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis. Em 1996, foi publicada a lei 9.313 que estabeleceu a obrigatoriedade da distribuição gratuita dos antirretrovirais, dando ainda mais destaque ao Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST/AIDS (DUARTE; RAMOS; PEREIRA, 2011).

O grande desafio na atualidade, no que se refere ao sucesso da terapia antirretroviral,

consiste em assegurar uma adesão adequada ao esquema prescrito. A adesão é um elemento determinante para a efetividade clínica da terapia antirretroviral (TARV). Se a medicação é tomada de forma imprópria ou insuficiente (lapsos, falhas nos dias ou horários), pode haver o surgimento de cepas virais multirresistentes e a consequente falência terapêutica. Nesses casos, pode ser necessário o estabelecimento de esquemas terapêuticos considerados de resgate no Brasil, sendo estes mais complexos e geralmente exigindo um número maior de comprimidos (BRASIL, 2013; GOMES et al., 2009).

Assim, a não adesão traz prejuízos tanto no plano individual como no coletivo, favorecendo a disseminação de vírus resistentes à terapia antirretroviral disponível, além de provocar o impacto para as políticas públicas de oferta de medicamentos e para o sistema de saúde, uma vez que os custos do tratamento são altos (SILVA et al., 2015).

Em função da importância da adesão ao tratamento, estratégias de monitoramento e de melhoria na adesão têm sido propostas, incluindo o acompanhamento farmacoterapêutico, que possui efeito positivo sobre o conhecimento da doença, bem como

sobre seu controle (GOMES et al., 2009; MOLINO et al., 2014).

Nesse contexto, a presença do farmacêutico na equipe multidisciplinar que atende pessoas vivendo com HIV/AIDS é de fundamental importância, uma vez que é o profissional capaz de detectar e de prevenir problemas relacionados ao medicamento (PRM), bem como de orientar o paciente com relação à terapia medicamentosa e às consequências que seu uso pode trazer (MOLINO et al., 2014).

O objetivo deste estudo foi, portanto, realizar o acompanhamento farmacoterapêutico dos pacientes HIV positivos, incluindo a identificação, a prevenção e a resolução dos problemas relacionados ao medicamento, bem como verificar a influência do acompanhamento na adesão a TARV.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

### **1. Delineamento e local do estudo**

Trata-se de um estudo prospectivo realizado entre março e dezembro de 2015, na Unidade de Dispensação de Medicamentos (UDM) inserida no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de Alfenas-MG.

### **2. População e Amostra**

Inicialmente, foram selecionados para o estudo 26 usuários, escolhidos aleatoriamente, por conveniência, sendo que apenas 10 foram acompanhados até o final do estudo. Os critérios de inclusão foram:

pacientes HIV positivos em uso da TARV, maiores de 18 anos e que tivessem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 39701414.7.0000.5142).

### **3. Acompanhamento Farmacoterapêutico**

Para o acompanhamento dos usuários, foi utilizado um instrumento elaborado com base nos seguintes materiais: Método Dáder - Manual de Seguimento Farmacoterapêutico (HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2014) e Ficha de Avaliação Inicial do Método Pharmacist Workup of Drug Therapy (PWDT) (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2004).

As entrevistas foram realizadas pela farmacêutica pesquisadora em ambiente adequado e privativo durante a entrega mensal dos medicamentos. Na primeira consulta, foram obtidas informações do paciente como: dados sociodemográficos; estilo de vida; parâmetros clínicos; revisão dos sistemas e outras preocupações; problemas de saúde e/ou comorbidades. Foram também avaliados os medicamentos antirretrovirais e aqueles utilizados no tratamento das comorbidades.

A partir dos dados obtidos, foram classificados os problemas relacionados ao medicamento quanto a: (1) indicação: não há necessidade de uso do medicamento ou paciente necessita de medicação adicional; (2) efetividade: medicamento não é efetivo ou

dose é insuficiente; (3) segurança: medicamento produz reação adversa ou dose é tóxica; (4) cumprimento: paciente não é capaz ou não deseja tomar os medicamentos necessários (CIPOLLE; STRAND; MORLEY,2004).

Definiram-se em seguida as intervenções farmacêuticas necessárias. Foi realizada a classificação das intervenções segundo Sabater et al. (2005): dirigidas ao próprio paciente e/ou ao médico responsável ou a outro profissional envolvido.

A última consulta foi realizada após seis meses para o encerramento do acompanhamento e avaliação da satisfação dos usuários com relação ao mesmo, utilizando-se um instrumento baseado no Questionário de Satisfação com os Serviços da Farmácia (QSSF) validado por Correr et al. (2009a).

#### 4. Adesão

A adesão ao tratamento foi avaliada de duas maneiras: registro de dispensação em instrumento utilizando escala tipo Likert. O acompanhamento do registro de dispensação foi feito por meio da checagem das datas de entrega de medicamentos no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). Utilizou-se a data de primeira dispensação ao iniciar-se o acompanhamento; a partir desta, considerou-se um atraso máximo de sete dias entre as dispensações mensais, durante seis meses. A adesão foi então classificada, sendo valor “0”

correspondente ao usuário que não tenha comparecido na data prevista e “1” para os que tenham comparecido. Somados os valores obtidos, os resultados foram agrupados em aderentes para valores maiores que 5 e não aderentes para valores inferiores a 5 (SILVA et al., 2015).

Também foi utilizado o método indireto de autorrelato denominado Medida de Adesão ao Tratamento ou MAT que contém 7 perguntas. Nele, o nível de adesão é obtido pela soma dos valores de cada item, seguido pela divisão pelo número de questões. Valores mais elevados significam maior adesão. Posteriormente, valores entre 5 e 6 foram convertidos em “1” e os demais valores convertidos em “0”, construindo-se, assim, uma escala dicotômica (aderente/não aderente). As perguntas e as respostas foram lidas e assinaladas pelo pesquisador. Foi avaliada a influência do número de medicamentos, da classe terapêutica e problemas relacionados ao medicamento na adesão, segundo o MAT. O formulário também foi aplicado ao final do acompanhamento, sendo realizada a comparação da adesão na primeira e na última consulta para verificar se houve melhoria em função do acompanhamento (DELGADO; LIMA, 2001).

#### 5. Análise estatística

Para a análise estatística foi utilizado o software R (R CORE TEAM, 2015). O teste exato de Fisher foi utilizado para

averiguar possíveis dependências entre variáveis e teste de Wilcoxon para dados emparelhados foi utilizado para comparar a mediana de dados quantitativos discretos.

## RESULTADOS

Dos 26 usuários selecionados foram descontinuados 61,54% dos pacientes. As razões para a descontinuação foram: 6,25% devido ao tempo de acompanhamento inferior a seis meses, 18,75% por desistência na participação da pesquisa e 75,0% por não haver atingido o número mínimo de quatro consultas farmacêuticas. A amostra final, portanto, foi composta por 10 usuários.

Com relação à caracterização sociodemográfica dos usuários, houve predominância de participantes do sexo masculino (80%), com escolaridade entre 1 e 4 anos de estudo (60%) e com idade acima de 39 anos (70%), sendo que a faixa etária variou entre 33 e 62 anos.

A forma de infecção predominante foi através da via sexual. Foram identificadas comorbidades em 70% dos usuários, sendo as principais: hipertensão arterial (30%) e hepatite C (20%).

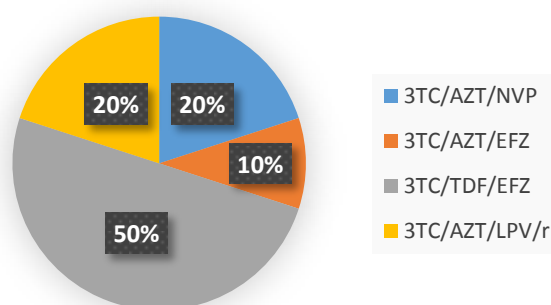
Verificou-se que todos os usuários utilizavam pelo menos uma combinação de fármacos em uma única forma farmacêutica. A média de comprimidos ingeridos ao dia foi de  $6,3 \pm 3,7$ , sendo a média de comprimidos da terapia antirretroviral de  $3,2 \pm 2,1$ . Verificou-se

que 50% dos pacientes tomam apenas 1 comprimido da TARV ao dia.

Com relação aos parâmetros clínicos, foi constatado que 80% dos pacientes avaliados apresentava carga viral indetectável ( $<50$  cópias/ml) ao iniciar o acompanhamento. A média de TCD4+ basal foi de  $515,1$  células/mm<sup>3</sup>, sendo que apenas 1 dos usuários apresentava contagens abaixo de  $200$  células/mm<sup>3</sup>.

As classes de medicamentos utilizadas foram: Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa (ITRN) associados a Inibidores Não Nucleosídeos da Transcriptase Reversa (ITRNN), representando 80% das prescrições e Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa associados Inibidores de Protease (IP), representando 20%. A distribuição entre os fármacos está representada no Gráfico 1.

**Gráfico 1** – Distribuição dos pacientes segundo o esquema da terapia antirretroviral.



**Legenda:** 3TC-Lamivudina, AZT-Zidovudina, NVP-Nevirapina, TDF-Tenofovir, EFZ-efavirenz, LPV/r-Lopinavir/ritonavir

Dentre os pacientes em estudo, 70% apresentaram problemas relacionados ao medicamento (PRM). No total foram

detectados 13 PRM, uma vez que cada paciente pode ter mais de um PRM diferente.

As principais classes de PRM detectadas foram a de cumprimento e a de segurança, ambas representando 38,46%. Com relação ao cumprimento, o principal PRM foi a não adesão ao tratamento, observando-se pacientes que preferem não tomar ou que esquecem de tomar os medicamentos. Já na classe de segurança, os predominantes foram as reações adversas a medicamentos. O número de PRM não dependeu do número de comprimidos da terapia antirretroviral ( $p=0,5$ ), segundo o teste exato de Fisher.

Para todos os usuários, foram realizadas intervenções educativas para prevenir PRM como: orientações sobre alimentação saudável; prejuízos do uso de

drogas ilícitas; educação sexual e uso de preservativos; bem como foram fornecidas informações, verbal e escrita, a respeito dos antirretrovirais, reforçando também a importância da adesão ao tratamento. Para tanto, elaborou-se material educativo com os principais pontos a serem abordados e estes foram utilizados durante o acompanhamento farmacoterapêutico.

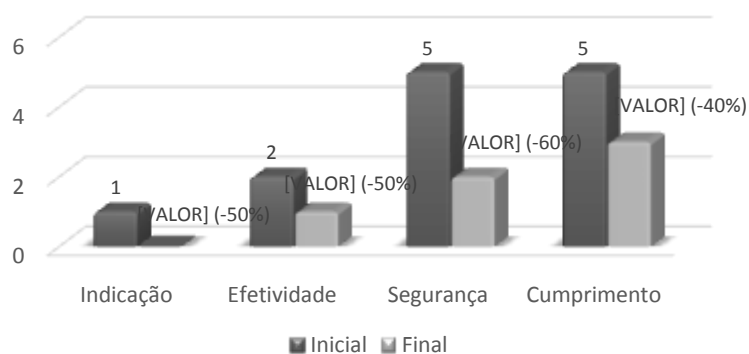
Foram também realizadas 12 intervenções para resolver problemas farmacoterapêuticos, dirigidas ao paciente e ao médico, como descrito na tabela 1.

As intervenções farmacêuticas possibilitaram a resolução de 53,85% dos PRM detectados. O número de PRM, ao início e ao final do período do estudo, distribuídos de acordo com a classe correspondente apresenta-se no Gráfico 2.

**Tabela 1** – Distribuição das intervenções farmacêuticas realizadas para resolver PRMs

Intervenções	n (%)
Dirigidas ao paciente	
Administração correta da medicação (restrições dietéticas)	4 (33,3)
Organização dos medicamentos de acordo com o horário	2 (16,7)
Noções de higiene	2 (16,7)
Dirigidas ao médico	
Sugestão de troca, suspensão ou inclusão de medicamentos	1 (8,3)
Problemas de adesão.	1 (8,3)
Efeitos adversos importantes	2 (16,7)

**Gráfico 2 – Distribuição** do número de PRM ao longo do acompanhamento farmacoterapêutico.



De acordo com o registro de dispensação, foram classificados como aderentes 9 (90%) dos pacientes participantes. Já segundo o autorrelato, utilizando-se a MAT, 8 (80%) usuários foram considerados aderentes ao tratamento.

De acordo com os dados coletados, a adesão avaliada por meio do instrumento não dependeu do número de comprimidos ( $p=0,4667$ ), nem da classe de medicamento da terapia antirretroviral ( $p=0,0667$ ), segundo o teste exato de Fisher. Também não foi verificada correlação estatística entre a adesão e o número de PRM detectados ao início ( $p>0,05$ ) e ao final do acompanhamento ( $p=0,4667$ ).

A média inicial de adesão foi de  $5,37\pm 0,71$ ; a média final, por sua vez, foi  $5,51\pm 0,61$ . O número de usuários classificados com aderentes se manteve. Não foram observadas diferenças estatísticas, de acordo com o teste exato de Fisher, entre a adesão inicial e final ( $p>0,05$ ).

## DISCUSSÃO

Verificou-se durante o período de estudo uma alta incidência de interrupção do acompanhamento farmacêutico, que pode ser justificada por fatores como a dificuldade nas intervenções com paciente HIV positivos. Uma das barreiras encontradas está relacionada à desconfiança de grande parte da população com relação ao verdadeiro papel do farmacêutico enquanto profissional de saúde, bem como do desconhecimento do processo de acompanhamento farmacoterapêutico e seus benefícios. Foi possível perceber que depois dos primeiros encontros muitos participantes não compareciam pessoalmente para a retirada de medicamentos, sendo estes entregues para terceiros sob autorização prévia. Alguns pacientes relatavam que não tinham nada relevante para descrever que justificasse a ida até a UDM, demonstrando, portanto, desinteresse em dar seguimento ao acompanhamento (CORRER et al., 2009b).

O fato de o pesquisador não ser um membro efetivo da equipe multiprofissional, o curto tempo de permanência do mesmo no local e o intervalo de tempo para o desenvolvimento do estudo dificultaram ainda mais o estabelecimento de um vínculo com o paciente, contribuindo também para o índice de descontinuação.

Destaca-se aqui a importância da formação qualificada e a presença contínua do farmacêutico, pois a realidade deste profissional em serviços de saúde como o CTA exige muita dedicação e tempo, uma vez que, além das ações de atenção farmacêutica, este é também responsável pelas demais etapas da assistência farmacêutica.

As características sociodemográficas encontradas estão em consonância com o perfil nacional, exceto pela idade, ocorrendo predomínio de indivíduos com faixa etária superior a 45 anos no grupo em estudo enquanto a maior concentração dos casos no Brasil atualmente está nos indivíduos com idade entre 25 e 39 anos para ambos os sexos. Esse cenário reforça a importância de estudos locais para o conhecimento da realidade do serviço e para a elaboração de ações para grupos específicos (BRASIL, 2015).

Dentre as comorbidades encontradas, destacou-se a de caráter também crônico: a hipertensão arterial. Em função do aumento da sobrevivência das PVHA por meio da TARV, observa-se, ainda, um incremento das doenças cardiovasculares neste grupo. Essa

predisposição se deve, possivelmente, à própria infecção pelo HIV, aos distúrbios metabólicos decorrentes dos efeitos colaterais dos antirretrovirais ou a ambos. O papel dos antirretrovirais na gênese da HAS ainda é controverso, mas alguns estudos indicam que existe associação entre a doença e o maior tempo de utilização de antirretrovirais e o emprego de esquemas contendo IP (JUNIOR et al, 2010; MARY-KRAUSE et al., 2003).

O número de comprimidos utilizados mostrou uma redução significativa com relação a estudos anteriores. A média de comprimidos por dia encontrada por Moriel et al. (2011) chegou a 9,0; com relação a TARV, no estudo realizado por Ceccato et al. (2009), a média foi de 8,4 comprimidos ao dia.

Observou-se, ainda, uma porcentagem elevada de indivíduos ingerindo apenas um comprimido de antirretroviral ao dia. A redução no número de comprimidos diários pode ser explicada pelo surgimento e/ou pela maior disponibilidade de formas farmacêuticas combinadas. Em 2014, o Ministério da Saúde incluiu a dose tripla combinada de TDF/3TC/EFZ, sendo este o esquema de primeira linha preconizado para a terapia inicial atualmente. De fato, para a amostra avaliada esse esquema foi o predominante (BRASIL, 2013; PORTAL, 2016).

A maior frequência de utilização de ITRN associados a ITRNN também foi constatada em outros estudos, entretanto a



predominância se deu para a combinação 3TC/AZT/EFZ, com porcentagens entre 28,8% e 34,1%. Esse perfil se deve ao fato de que essa associação, anteriormente, era a de primeira escolha para compor o esquema antirretroviral, segundo as Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV (BRASIL, 2008; FONSECA et al, 2012; ROMEU et al, 2012).

O número de PRM se mostrou inferior ao verificado em outros estudos realizados com pacientes HIV positivos. Esse cenário se deve, possivelmente, à amostra reduzida e à alta taxa de descontinuação do acompanhamento. Além disso, muitos usuários descreveram PRM apenas no início da TARV, relatando que estes foram cessando com o tempo ou já haviam sido realizadas alterações nos fármacos para solucioná-los.

Verificou-se uma maior prevalência de problemas relacionados à segurança e ao cumprimento. A predominância dessas classes também foi descrita por Loureiro et al. (2012), estando relacionadas com as principais queixas dos pacientes em uso de terapia antirretroviral e dificultando, consequentemente, seu manejo clínico.

Não foi observada relação entre o número de PRM detectado com o número de medicamentos prescritos. Um estudo desenvolvido no Chile descreve essa associação, entretanto a quantidade de medicamentos foi determinante para a apresentação de PRM somente para aqueles

que consumiam mais de seis fármacos, sendo este perfil apresentado por uma parcela mínima de usuários do estudo em questão (MOYA et al., 2012)

Também não foi encontrada relação entre a adesão e o número de comprimidos, corroborando os resultados previamente encontrados por Resende et al. (2012). Cabe ressaltar que o número de medicamentos prescritos não é o único fator que determina a complexidade dos regimes terapêuticos, sendo que outros, como a frequência de utilização, a forma de dosagem e as ações requeridas também podem afetar diretamente a terapia farmacológica (ACURCIO et al., 2009).

Com relação às intervenções realizadas, destacaram-se aquelas utilizadas para prevenir problemas de adesão à terapia. Viktil e Blix (2008) relatam que grande parte dos PRMs, entre 50 e 80%, podem ser evitados, enfatizando a importância da abordagem destes. Assim, foram elaborados materiais educativos adequados às características e às necessidades da população do presente estudo, uma vez que foi encontrada baixa escolaridade entre os usuários. Os *folders* foram confeccionados de forma que facilitassem a compreensão do paciente, incluindo imagens e esquemas práticos. Outros estudos similares também destacam ações de educação em saúde para a prevenção de PRM, representando uma porcentagem alta das intervenções

farmacêuticas realizadas (LOUREIRO et al., 2012; MOLINO et al., 2014).

A maioria das intervenções foram direcionadas ao paciente. Foram realizadas apenas quatro intervenções direcionadas aos médicos, sendo todas bem aceitas. Verificou-se, após a implementação das intervenções, uma redução na quantidade de PRM, sendo mais de 50% deles solucionados ao longo do acompanhamento, com destaque para a classe de segurança que apresentou a maior porcentagem de redução. Molino et al. (2014) também descrevem em seu estudo uma redução significativa no número absoluto de PRM após a aplicação das intervenções farmacêuticas. Tais resultados reforçam, portanto, a importância do farmacêutico na detecção, na resolução e na prevenção de problemas farmacoterapêuticos, bem como a participação deste profissional na equipe multidisciplinar.

A prevalência de não adesão entre os usuários foi de 20%, segundo o instrumento (MAT), e de 10%, segundo o registro de dispensação. Para ambos resultados, os valores encontrados foram inferiores aos encontrados em estudos similares. Para os registros individuais de dispensação, os resultados encontrados por Silva et al. (2015) demonstram maiores índices de não adesão, com prevalência estimada em 25%.

No que se refere ao autorrelato, não foram encontrados resultados de adesão utilizando-se o MAT em paciente HIV

positivos, porém a adesão foi descrita utilizando-se diferentes instrumentos. Em um estudo realizado com população semelhante, a prevalência de não adesão foi de 32,6%, segundo os resultados do teste CEAT-VIH. Em uma revisão sistemática foram avaliados 43 artigos que apresentaram a incidência ou a prevalência da não adesão, obtendo-se uma taxa média de 30,4% de não aderentes. A variação das taxas se deu, principalmente, em função do tipo de medida, do desenho do estudo e do ponto de corte da adesão (BONOLO; GOMES; GUIMARÃES, 2007; RESENDE et al., 2012).

Observou-se uma predominância de uma classe sobre as demais que apresentavam uma quantidade muito pequena de representantes. Não houve relação estatística entre a classe de fármacos antirretrovirais e a adesão. Alguns estudos demonstraram que a presença da classe de inibidores de protease geralmente está associada a resultados negativos na adesão, em função de restrições alimentares e dos efeitos colaterais. Entretanto, no estudo em questão, tais queixas não foram observadas e não tiveram maior prevalência entre participantes que utilizavam inibidores de protease (CARRIERI et al., 2006).

Também não foi encontrada correlação entre PRM e a adesão, possivelmente, devido ao tamanho reduzido da amostra. Em geral, as reações adversas, incluindo efeitos colaterais, são consideradas

como fatores que dificultam a adesão. A relação entre essas variáveis, entretanto, se mostrou bastante contraditória nos estudos nos quais elas foram comparadas. Foi descrito na literatura que a ausência de reações adversas estava relacionada à elevação do risco de não-adesão em 7,6 vezes, sendo o achado justificado pela maior tolerância dos pacientes com HIV aos efeitos, quando comparados, por exemplo, a pacientes com doenças crônicas menos severas como hipertensão ou diabetes. Outro estudo, por sua vez, constatou que pacientes que apresentaram reação adversa à TARV tiveram 2,4 vezes mais chance para a não-adesão, entretanto sua amostra restringiu-se a pacientes em início de terapia (COLOMBRINI et al., 2008; SILVA et al., 2015).

Embora não tenham sido constatadas diferenças estatísticas entre a adesão inicial e final, durante o período de acompanhamento, destaca-se o fato de que não houve redução no número de usuários aderentes. Já para os não aderentes, observou-se uma melhora nos valores numéricos da adesão, embora não pudessem ainda ser classificados como aderentes. Também foi observado um alto índice de satisfação dos usuários com relação ao acompanhamento. É importante ressaltar que o comportamento associado a maiores ou a menores índices de adesão é dinâmico e complexo. É possível também perceber que a promoção da adesão pode ser realizada por meio de medidas relativamente simples e

acessíveis, incluindo intervenções educativas e motivadoras, desde que realizadas de forma contínua e flexível à realidade do paciente (REMONDI et al., 2014).

Observou-se que o tempo de duração do estudo pode ter interferido nos resultados relativos à adesão. Alguns estudos descrevem que diferenças estatisticamente significativas da adesão à terapia antirretroviral foram obtidas somente após o 6º mês. Outros descrevem resultados satisfatórios do acompanhamento farmacoterapêutico, incluindo alterações nos parâmetros clínicos após 1 ano. Para outras doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, foram encontrados estudos de até 21 meses. Por se tratar de um processo contínuo, quanto maior o tempo de acompanhamento, maior o vínculo entre o paciente e o profissional, e, portanto, melhores os resultados obtidos com a terapia (ARROYO et al., 2013; CORRER et al., 2009b; MOLINO et al., 2014).

O presente estudo apresentou algumas limitações: a amostra sob análise foi de conveniência, sendo entrevistados aqueles usuários que buscaram o serviço para o acompanhamento da doença e para a retirada do medicamento, o que pode ter contribuído para o aumento na porcentagem de pacientes considerados aderentes ao tratamento. Observou-se também uma possibilidade de viés com relação ao instrumento de satisfação, uma vez que este foi aplicado pelo próprio pesquisador.

Houve também dificuldades na obtenção de alguns dados, como exames laboratoriais e informações sobre medicamentos isentos de prescrição passíveis de automedicação, sendo um obstáculo para uma avaliação farmacoterapêutica de qualidade. Ainda, foi possível verificar que muitos PRM não puderam ser solucionados em função da dificuldade na continuidade do acompanhamento.

Estudos futuros devem considerar alternativas para que tais limitações sejam sanadas, além de um período maior de acompanhamento e um maior número de participantes, permitindo, assim, a comprovação estatística que reforce a importância do acompanhamento farmacoterapêutico para a obtenção de melhores índices de adesão.

## CONCLUSÃO

Embora não tenham sido encontradas diferenças estatísticas entre a adesão no início e ao final do acompanhamento farmacoterapêutico, destacou-se a importância do farmacêutico na prevenção, na detecção e na resolução de PRM, sendo observada a redução de 53,85% destes ao longo do estudo. As intervenções educativas foram as mais prevalentes entre as ações desenvolvidas com os usuários, sendo bem aceitas em função dos benefícios evidenciados por meio delas.

As limitações encontradas ao longo do estudo contribuíram para a discussão das dificuldades encontradas para a implantação da atenção farmacêutica no âmbito da saúde pública, estimulando, assim, a realização de novos estudos que reiterem a importância do profissional farmacêutico na equipe multidisciplinar responsável pelo acompanhamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS.

## REFERÊNCIAS

- ACURCIO, F. A. et al. Complexidade do regime terapêutico prescrito para idosos. **Revista da Associação Médica Brasileira**. Belo Horizonte, v. 55, n. 4, p. 468-474, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v55n4/a25v55n4.pdf>>. Acesso em 23 dez. 2015.
- ARROYO, M.J.H et al. Impact of a pharmaceutical care program on clinical evolution and antiretroviral treatment adherence: a 5-year study. **Patient Preference and Adherence**, v.7, p.729-739, 2013. Disponível em :< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3751466/>>. Acesso em 18 set. 2014.
- BONOLO, P. F.; GOMES, R. R. F.; GUIMARÃES, M. D. C. Adesão à terapia antirretroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.16, n. 4, p. 261-278, 2007. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v16n4/v16n4a05.pdf>>. Acesso em 08 set. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília, 2013. Disponível

em:

<[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anejos/publicacao/2013/55308/protocolo\\_13\\_3\\_2014\\_pdf\\_28003.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anejos/publicacao/2013/55308/protocolo_13_3_2014_pdf_28003.pdf)>. Acesso em 28 ago. 2014.

BRASIL. 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**. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico- Aids e DST Ano IV - nº 1 - 27ª à 53ª semana epidemiológica - julho a dezembro de 2014 e 01ª à 26ª semana epidemiológica - janeiro a junho de 2015**. 2015. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anejos/publicacao/2015/58534/boletim\\_aids\\_11\\_2015\\_web\\_pdf\\_19105.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anejos/publicacao/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf)>. Acesso em 08 jan. 2016.

CARRIERI, M. P. et al. Factors associated with nonadherence to highly active antiretroviral therapy: a 5-year follow-up analysis with correction for the bias induced by missing data in the treatment maintenance phase. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome**, v. 41, p. 477-485, 2006. Disponível em: <<http://journals.lww.com/jaids/pages/articleviewer.aspx?year=2006&issue=04010&article=00012&type=abstract>>. Acesso em 08 jan. 2016.

CECCATO, M. G. B. et al. Evaluación de factores asociados a la comprensión del tratamiento en pacientes que inician la terapia antirretroviral. **Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica**, v. 27, n. 1, p. 7-13, 2009. Disponível em: <<http://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-evaluacion-factores-asociados-comprension-del-13132717>>. Acesso em 08 set. 2015.

CIPOLLE, R.J., STRAND, L., MORLEY, P.C. **Pharmaceutical Care Practice: The Clinician's Guide**. 2 ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2004.

COLOMBRINI, M. R. C.; COLETA, M. F. D.; LOPES, M. H. B. Fatores de risco para a não adesão ao tratamento com a terapia antiretroviral altamente eficaz. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 3\$, p. 490-495, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a10.pdf>>. Acesso em 08 set. 2015.

CORRER, C. J. et al. Satisfação dos usuários com serviços da farmácia: tradução e validação do Pharmacy Services Questionnaire para o Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n. 1, p. 87-96, jan. 2009a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n1/09.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2014.

CORRER, C. J. et al. Effect of a Pharmaceutical Care Program on quality of life and satisfaction with pharmacy services in patients with type 2 diabetes mellitus. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 45, n. 4, out./dez. 2009b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bjps/v45n4/27.pdf>>. Acesso em 12 jan. 2016.

DELGADO, A.B.; LIMA, M.L. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.2, n.2, p.81-100, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v2n2/v2n2a06.pdf>>. Acesso em 25 jul. 2014.

DUARTE, P.S.; RAMOS, D. G.; PEREIRA, J. C. R. Padrão de incorporação de fármacos antiretrovirais pelo sistema público de saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.14, n.4, dec. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n4/01.pdf>>. Acesso em 08 jan. 2015.

FONSECA, L. C. et al. Evaluation of inadequate anti-retroviral treatment in patients with HIV/AIDS. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 45, n. 2, p. 151-155, mar-abr. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v45n2/v45n2a02.pdf>>. Acesso em 08 jan. 2016.

GOMES, R.R.F.M. et al. Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicador da não-adesão à terapia anti-retroviral em indivíduos infectados pelo HIV. **Cadernos de Saúde Pública – Rio de Janeiro**, v.25, n.3, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n3/04.pdf>>. Acesso em 26 ago. 2014.

HERNÁNDEZ, D.S.; CASTRO, M.M.S.; DÁDER, M.J.F. **Método Dáder: Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico**. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. 3ra. ed. 2007. Versão em português 2014. Disponível em: <[http://www.unifal-mg.edu.br/gpaf/files/file/Guia%20dader%20interior%20brasil%20v4\\_.pdf](http://www.unifal-mg.edu.br/gpaf/files/file/Guia%20dader%20interior%20brasil%20v4_.pdf)>. Acesso em 23 jul. 2014.

JÚNIOR, E. R. A. et al. Perfil dos pacientes com hipertensão arterial incluídos em uma coorte com HIV/AIDS em Pernambuco, Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 5, out. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v95n5/aop13410.pdf>>. Acesso em 05 jan. 2016.

LOUREIRO, C. V. et al. Quality of life of HIV+ patients undergoing pharmacotherapeutic follow-up. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 48, n. 4, out./dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bjps/v48n4/v48n4a15.pdf>>. Acesso em 04 jan. 2016.

MARY-KRAUSE, M. et al. Increased risk of myocardial infarction with duration of protease inhibitor therapy in HIV-infected men. **AIDS**, v. 17, n. 17, p. 2479-2486, 2003. Disponível em:

<[http://www.natap.org/2003/nov/111703\\_3.htm](http://www.natap.org/2003/nov/111703_3.htm)>. Acesso em 05 jan. 2016.

MOLINO, C.G.R.C. et al. Impact of pharmacist interventions on drug related problems and laboratory markers in outpatients with human immunodeficiency virus infection. **Therapeutics and Clinical Risk Management**, v.10, p.631–639, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4130328/?report=reader>>. Acesso em 15 set. 2014.

MORIEL, P. et al. Efeitos das intervenções farmacêuticas em pacientes HIV positivos: influência nos problemas farmacoterapêuticos, parâmetros clínicos e economia. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, v.2, n.3, p.5-10, set./dez, 2011. Disponível em: <<http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/RBFHSSV2N3%20artigo01.pdf>>. Acesso em 15 set. 2014.

MOYA, Y. et al. Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes ambulatorios contratamiento anti-retroviral. **Revista Chilena de Infectología**, v. 29, n. 4, p. 412-419, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/pdf/rci/v29n4/art08.pdf>>. Acesso em 08 set. 2015.

PORTAL da saúde. **Ministério da Saúde estende acesso ao medicamento 3 em 1**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/17440-ministerio-da-saude-estende-acesso-ao-medicamento-3-em-1>>. Acesso em 04 de jan. 2016.

REMONDI, F. A.; ODA, S.; CABRERA, M.A.S. Não adesão à terapia medicamentosa: da teoria a prática clínica. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 35, n. 2, p. 177-185, 2014. Disponível em: <[http://serv-bib.fcfa.unesp.br/seer/index.php/Cien\\_Farm/article/viewFile/2836/2836](http://serv-bib.fcfa.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/2836/2836)>. Acesso em 12 jan. 2016.

R CORE TEAM. **R: A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2015.

RESENDE, R.C. et al. Adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes vivendo com HIV/AIDS atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 10, n. 2, p. 186-201, ago./dez. 2012.

ROMEU, G. A. et al. Avaliação da Adesão a Terapia Antirretroviral de Pacientes portadores de HIV. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**. São Paulo, v. 3, n. 1, p. 37-41, jan/mar. 2012. Disponível em: <<http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/201205030108BR.pdf>>. Acesso em 23 dez. 2015

SABATER, D. et al. Tipos de intervenciones farmacéuticas en seguimiento farmacoterapéutico. **Seguimiento Farmacoterapéutico**, v.3, n.2, p.90-97, 2005. Disponível em: <<http://www.cipf-es.org/sft/vol-03/090-097.pdf>>. Acesso em 23 jul. 2014.

SILVA, J.A.G. et al. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p.1188-1198, jun, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n6/0102-311X-csp-31-6-1188.pdf>>. Acesso em 08 set. 2015.

VIKTIL, K. K.; BLIX, HEGE SALVESEN. The impact of clinical pharmacists on drug-related problems and clinical outcomes. **Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology**, v. 102, n. 3, p. 275-80, 2008. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1742-7843.2007.00206.x/pdf>>. Acesso em 08 jan. 2016.