
Atenção farmacêutica na fase inicial de tratamento da AIDS como fator importante na adesão aos antirretrovirais

***Laura Vielmo¹, Marli Matiko Anraku de Campos², Sandra Trevisan Beck³ & Claudia Sala Andrade⁴**

^{1,2,3} Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

⁴ Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)

¹ **e-mail:** lauravielmo@yahoo.com.br; **Endereço:** Rua Silva Jardim, nº 1994, apto 203; centro; Santa Maria – RS; CEP 97010-493; telefones (55) 30283034 e (55) 99972322

RESUMO

Com a cronicidade da AIDS e o crescente número de pessoas em Terapia Antirretroviral (TARV) a monitorização da adesão ao tratamento se tornou prioridade em saúde pública, pois dela depende o sucesso do tratamento, sendo a atenção farmacêutica por meio do acompanhamento farmacoterapêutico, crucial neste processo. Foi realizado um estudo longitudinal, com amostragem por conveniência e grupo controle (n=59), para verificar a influência da atenção farmacêutica (AF) na adesão ao tratamento de pacientes em início de TARV. A adesão foi aferida através de autorrelato, regularidade na busca de ARV e carga viral nos primeiros seis meses. A adesão a TARV apresentou melhores resultados no grupo de pacientes que recebeu AF. Verificou-se que o maior número de abandonos, no grupo controle, ocorreu entre os pacientes que recebiam acompanhamento médico na rede de saúde pública em comparação aos acompanhados em serviços particulares.

Palavras-chave: Atenção Farmacêutica, Adesão, AIDS, Antirretrovirais.

ABSTRACT

With chronicity of AIDS and the increasing number of people in Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART), the monitoring of adherence to treatment has become a priority in public health because it determines the success of HAART, and the pharmaceutical care (PC) improve the adherence. We conducted a longitudinal study with convenience sampling and a control group (n = 59) in order to verify the influence of pharmaceutical care in adherence to treatment of patients starting HAART. Adherence was measured by self-report, regularity in search of HAART and viral load in the first six months. Adherence to antiretroviral therapy showed better results in the group of patients who received PC. It was found that the highest number of dropouts in the control group occurred in patients who received medical care in the public health system compared to accompanied at private services.

Keywords: Pharmaceutical Care, Adherence, AIDS, Antiretrovirals.

INTRODUÇÃO

Com o advento da Terapia Antirretroviral (TARV) a Síndrome da imunodeficiência Adquirida (AIDS) causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) assumiu características de doença crônica (Schechter & Rachid, 2008).

No contexto de enfrentamento da AIDS, o Programa Nacional de Controle da Infecção pelo HIV foi considerado modelo para o mundo (Brasil, 2010). Em novembro de 1996, com a promulgação da Lei 9.313, o Brasil se tornou o primeiro país a garantir às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA) o direito de receber gratuitamente todos os medicamentos necessários ao seu tratamento através do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1996).

O Ministério da Saúde (MS) trabalhando nessa conjuntura elaborou o Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/AIDS. Esse prevê o cuidado ao paciente como um dos objetivos centrais, tendo na dispensação dos Antirretrovirais (ARVs) um dos pontos de contato mais importantes do sistema de saúde com as PVHA no campo da atenção farmacêutica (Brasil, 2010).

A atenção farmacêutica é a área da Farmácia que se responsabiliza pela interação do farmacêutico com o paciente, tendo como ponto principal a correlação das necessidades do mesmo com os medicamentos (Pereira & Freitas, 2008). Usa como recursos o empoderamento dos pacientes em relação aos seus medicamentos, a melhora na comunicação entre a equipe de saúde e uma maior organização dos serviços (Silveira, 2009), e de acordo com Hepler e Strand (1990), deve estar focada no acompanhamento farmacoterapêutico documentado do paciente.

Estudos sugerem que a atenção farmacêutica seja uma ferramenta para aumentar a adesão aos ARVs e proporcionar benefícios clínicos (Codina & Delgado, 2001; Ventura & Alós, 2004), além de sugerir aumento do vínculo do usuário com o serviço (Silveira, 2009).

No Brasil a relação de ARVs é composta por 19 princípios ativos e uma dose fixa combinada, disponibilizados em 38 apresentações farmacêuticas para uso adulto e pediátrico. Atualmente, dez ARVs são produzidos no Brasil, por laboratórios públicos e um privado (Brasil, 2012). Os critérios para início de TARV são estabelecidos por meio do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Adultos Vivendo com HIV/AIDS, também elaborado pelo MS e que tem suas versões atualizadas periodicamente.

Com o crescente número de pacientes em uso de TARV a monitorização do tratamento, desde seu início, tornou-se uma das prioridades em saúde pública (Bisson et al., 2008). Diante do quadro de cronicidade da doença, surgem desafios, determinando a necessidade de novas

práticas relacionadas ao tratamento e monitoramento da adesão das PVHA ao tratamento (Schechter & Rachid, 2008; Polejack & Seidl, 2010), pois o sucesso da TARV depende da manutenção de elevadas taxas de adesão ao tratamento medicamentoso (Bisson et al., 2008).

A adesão terapêutica pode ser entendida como a extensão com que um paciente usa os medicamentos seguindo a prescrição médica, envolve a concordância entre a prescrição médica e o comportamento adotado pelo paciente, a tomada dos medicamentos corretamente, na dose correta e no horário recomendado. Quando se fala de adesão aos ARVs, este significado é ampliado porque está vinculada a um conjunto de ações, a disponibilidade de acesso aos serviços, consultas, frequência e realização de exames laboratoriais, retiradas de medicamentos na farmácia, sendo portanto, um processo dinâmico e multifatorial contínuo (Caraciolo & Shimma, 2007).

Altos índices de adesão são fundamentais para a supressão virológica e para a preservação da função do sistema imunológico das PVHA do contrário podem ocorrer mutações e seleção de vírus resistentes que necessitarão de terapia de resgate, o que determina um alto custo para o SUS (Bisson et al., 2008).

O indicador da eficácia da TARV é a monitorização da carga viral (Schechter & Rachid, 2008). Entretanto, não existe um padrão ouro para aferição de adesão a um tratamento, uma vez que cada método apresenta alguma limitação. Assim, é aconselhável a utilização de mais de uma metodologia em combinação, sendo necessário considerar os aspectos logísticos e conceituais para utilizá-los de acordo com a realidade sociocultural e econômica (Polejack & Seidl, 2010; Rocha et al., 2011).

Os métodos para avaliar a adesão podem ser separados em três categorias: subjetivos, incluem o autorrelato do paciente ou do profissional de saúde, objetivos, os quais abarcam a contagem de comprimidos, o registro de dispensação de medicamentos e os sistemas eletrônicos e, por último, os fisiológicos que são métodos de monitorização sérico de substâncias e marcados biológicos (Brasil, 2010).

A dinâmica envolvida no tratamento da AIDS torna a adesão aos ARVs um processo complexo. Manter altos índices de uso de medicamentos exige que profissionais e usuários busquem constantemente estratégias para o enfrentamento dos obstáculos à adesão (Caraciolo & Shimma, 2007). Diante do início da TARV, as dificuldades dos pacientes se ampliam e carecem de maior atenção, porquanto os primeiros meses de uso de ARVs são decisivos para o futuro do tratamento. Neste momento, o apoio é fundamental e deve ser dado de forma individualizada, conforme necessidades de cada paciente (Brasil, 2008).

Na literatura, encontram-se muitos estudos que avaliaram a adesão a TARV (Blatt et al., 2009; Resende et al., 2010; Reis et al., 2010 & Romeu et al., 2012), porém, poucos correlacionaram a adesão ao papel do farmacêutico no atendimento às PVHA (Silveira et. al. 2009; Valderrama et. al., 2012). Além do que, não foram encontrados estudos que avaliavam a adesão em pacientes virgens de tratamento iniciando o uso de ARVs.

Nesse contexto, houve a necessidade de estudar a influência da atenção farmacêutica, por meio do acompanhamento farmacoterapêutico, na adesão ao tratamento das PVHA em início de TARV atendidas na Unidade Dispensadora de Medicamentos Antirretrovirais (UDM) de um Hospital Universitário (HU). Esse é referência para atendimentos ambulatoriais e internações às PVHA de toda a região central do estado do Rio Grande do Sul. A UDM atende à demanda de toda regional de saúde e dispensa ARVs à aproximadamente 1.000 pacientes/mês.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo longitudinal com amostragem por conveniência onde foram incluídos pacientes em início de TARV, virgens de tratamento, maiores de 18 anos e que concordaram em participar da pesquisa. Foram excluídos do estudo indivíduos menores de 18 anos, gestantes, indivíduos que por algum motivo não puderam comparecer ao atendimento regularmente e os que não concordaram em participar do estudo. O recrutamento de participantes foi realizado entre março a outubro de 2012.

Os indivíduos que participaram do grupo intervenção (GI) receberam atenção farmacêutica e foram acompanhados durante as retiradas de seus ARVs nos seis meses iniciais de tratamento (n=21), enquanto que, ao grupo controle (GC) foram apenas dispensados os medicamentos prescritos por farmacêutico e/ou atendente de farmácia (n=40). No decorrer do estudo, houve uma perda no GI devido à impossibilidade do paciente em comparecer na UDM (detenção), e uma perda por óbito no GC. Assim, o número de indivíduos participantes do estudo foi de 59, onde 20 foram acompanhados durante os primeiros meses de TARV e os demais 39 compuseram o GC.

Para ambos os grupos foi verificado o esquema ARV utilizado. Os dados clínicos e laboratoriais foram obtidos através dos registros nos prontuários hospitalares, registros no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) e no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL).

A coleta dos dados do GI ocorreu durante consulta farmacêutica. Essa aconteceu na data em que o paciente chegou à UDM para iniciar a TARV. Realizou-se atenção farmacêutica a partir do acolhimento ao usuário, aplicação de questionário para avaliar variáveis sócio demográficas, nível de compreensão do usuário sobre HIV/AIDS e seu tratamento e, prestou-se esclarecimentos a respeito dos mesmos. Orientou-se sobre o modo de tomar os ARV e como proceder em caso de efeitos colaterais ou reações adversas. Os ARVs são dispensados mensalmente, assim, para cada mês, foi agendada uma data para o paciente retornar para buscar seus medicamentos e participar das consultas farmacêuticas subsequentes, onde foi avaliada à adaptação do usuário aos ARVs prescritos. No último acompanhamento, avaliou-se o nível de compreensão do usuário sobre HIV/AIDS e seu tratamento, a fim de verificar a efetividade das ações de educação em saúde realizadas durante a consulta farmacêutica.

Mediu-se adesão por meio de autorrelato, somente do GI, com o propósito de prevenir a ocorrência de viés nos resultados relativos as ações de educação em saúde, realizadas durante o seguimento farmacoterapêutico. Uma vez que, se o GC fosse entrevistado e questionasse o pesquisador, esse acabaria prestando atenção farmacêutica, não sendo possível, então, averiguar diferenças entre os grupos.

Durante a consulta farmacêutica, através do autorrelato, foi investigada falha na ingestão do ARVs, verificando-se o esquecimento ocorrido nos últimos três dias ou no final de semana anterior a entrevista e alguma falha esporádica em algum dia do mês. Foi considerado aderente o usuário que relatou a tomada de pelo menos 95 % das doses prescritas nesse período. (Rocha et al., 2011). Os pacientes foram estimulados a lembrar e descrever suas atividades nos três dias precedentes a consulta e a partir dessa referência relatar o uso dos ARVs, discriminando os medicamentos e doses ingeridas.

Para ambos os grupos, a adesão, também, foi aferida através dos registros da retirada de ARV na UDM. Analisou-se a média de tempo das primeiras seis dispensações registradas no SICLOM. Uma vez que os medicamentos são entregues em quantidades suficientes para um mês, calculou-se o número de dias que o paciente ficou sem ARV de acordo com a data da última retirada. Se em nenhum dia o paciente ficou sem doses de ARV foi considerado como 100% de adesão e assim fez-se a percentagem da adesão de acordo com os dias de atraso. Foi considerado aderente o usuário que teve posse de pelo menos 95% das doses, e considerado em abandono de tratamento o usuário que deixou de retirar seus medicamentos na UDM por um período de 90 dias consecutivos (Brasil, 2010).

Da mesma forma, para os grupos, a fim de verificar a adesão, analisou-se a contagem

de carga viral e LT-CD4. Foi considerado com boa adesão o paciente que apresentou de forma sustentada, níveis de carga viral indetectável ou histórico de exames laboratoriais mostrando valores decrescentes de carga viral e contagem de LT-CD4 estável ou crescente (Brasil, 2013). Considerou-se a carga viral como critério definitivo para definição da adesão ao tratamento.

Os dados foram analisados através de estatística descritiva. Para testar a diferença entre as médias de adesão entre os grupos foi aplicado o teste Z. Para execução desse estudo obteve-se aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM (CAAE nº 00531812.0.0000.5346).

RESULTADOS

Perfil sócio demográfico da amostra

A amostra em estudo foi constituída predominantemente por pacientes do sexo masculino (70 % GI e 66,6% GC), de cor branca (80% GI e 91,4% GC) e residentes no município de Santa Maria (65% GI e 76,9% GC). Os demais pacientes residiam em municípios da região de abrangência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). Quanto ao estado civil, 35% GI e 70 % GC relatou ser solteiro. O perfil de escolaridade mostrou-se semelhante nos dois grupos, sendo que 30 % no GI e 36,8% no GC relataram ter entre quatro e sete anos de estudo, seguidos por 30% no GI e 31,6% no GC que referiram ter entre oito e onze anos de estudo. A média de idade dos pacientes do GI foi de 40,9 anos e a do GC foi de 39,6 anos.

A maioria dos pacientes do GI (60%) realizava acompanhamento médico no ambulatório do HU, enquanto que, no GC aproximadamente metade (46,1%) dos pacientes eram acompanhados em serviço médico particular (Tabela 2).

Apenas um paciente, componente do GI (5%), relatou estar internado em comunidade terapêutica para usuários de uso abusivo de álcool e outras drogas durante o início do tratamento, enquanto que os demais 19 (95%) relataram residência fixa. Destes, 70% residiam com familiares ou amigos e 25% moravam sozinhos.

Perfil clínico da amostra estudada

A forma de infecção predominante foi através da via sexual, sendo esta responsável por 95% dos casos nos pacientes do GI. Neste grupo, o tempo médio de diagnóstico da infecção pelo HIV foi de 17,8 meses. Apenas 7,5% da amostra do GC teve o dado referente a forma de contágio registrado no prontuário clínico, desses todos infectados por via sexual.

O critério para início de TARV aos pacientes estudados se baseou nos marcadores biológicos, sendo este um fator clinicamente positivo já demonstrado (Rocha et al., 2011). No pré-tratamento com TARV a carga viral e contagem de LT-CD4 do GI e GC apresentaram média semelhante. Após, no mínimo três meses de tratamento medicamentoso, o valor médio da carga viral, no GI, apresentou-se mais baixo que no GC. O mesmo não foi verificado para o número de LT-CD4, que foi semelhante nos dois grupos (Tabela 1).

Para o início de terapia foram prescritos quatro esquemas ARVs diferentes, sendo que os esquemas disponíveis para tratamento de pacientes virgens de TARV apresentam equivalência terapêutica. No GI, o esquema composto por Efavirenz 600 mg e Zidovudina 300 mg/Lamivudina 150 mg (EFZ + AZT/3TC) foi usado por 80% dos pacientes, enquanto que, no GC o esquema mais frequente (53,8%) foi o composto por Lopinavir 200 mg/Ritonavir 50 mg e Zidovudina 300 mg/Lamivudina 150 mg (LVP/r + AZT/3TC). Na tabela 1, encontra-se delineado o perfil clínico da amostra em estudo, bem como a distribuição dos pacientes de acordo com a terapia farmacológica usada no início do tratamento.

A taxa média de adesão ao tratamento medicamentoso estimado a partir das retiradas de ARVs na UDM foi de 98,2% para o GI e 89,4% para o GC. Já o percentual de abandono ao tratamento, a partir dos mesmos registros foi de 20,3% (12 pacientes). Contudo, ao serem confrontados esses dados com os valores de carga viral pós-TARV para cada paciente e, sendo a carga viral um marcador biológico bastante fidedigno e critério definitivo para determinação da adesão, verificou-se que a taxa real de abandono foi de 15,2 % (nove pacientes).

Ao estratificar a taxa de abandono (15,2 %) da TARV verifica-se que o abandono ocorreu em 5% do GI e em 20,5% do GC. Verificando-se assim, maior incidência de abandonos a TARV no GC, embora não tenha havido diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p= 0,242$) (Tabela 2).

Destaca-se que, dos nove pacientes que abandonaram a TARV, seis realizavam acompanhamento no HU, dois no serviço municipal e um em serviço particular (Tabela 2). O paciente que abandonou o tratamento do GI era acompanhado no serviço municipal e durante a primeira consulta farmacêutica relatou uso de drogas ilícitas.

Estratificando a amostra, considerando apenas os pacientes atendidos em serviço

público de saúde, observou-se que entre os pacientes do GC que não recebiam atenção farmacêutica, 33,4% (7/21) abandonaram o tratamento. Já, no GI, apenas 5,2% (1/19) abandonaram o tratamento ($p= 0,0635$).

Entre os pacientes que abandonaram o tratamento, cinco (um GI e quatro GC) utilizavam o esquema terapêutico composto por EFZ + AZT/3TC e quatro (GC) usavam o LVP/r + AZT/3TC, demonstrando que o esquema ARV não influenciou a adesão, pois tanto os pacientes com boa adesão quanto os que apresentaram menor adesão ou abandonaram o tratamento utilizaram esquemas semelhantes (Tabela 3).

As trocas de esquema ARV durante a pesquisa foram necessárias em 15% dos pacientes do GI. Os motivos das trocas foi o desenvolvimento de anemia pela AZT (10%) e aparecimento de rash cutâneo causado pelo EFZ (5%). Já no GC as mudanças de TARV se fizeram necessárias em 20,5% pacientes e não tiveram o motivo da troca expresso no SICLOM.

Acompanhamento farmacoterapêutico do grupo de intervenção

Durante o período de acompanhamento farmacoterapêutico foi possível avaliar, entre os pacientes do GI, a correlação entre o autoconhecimento referido sobre HIV/AIDS e tratamento e o conhecimento aferido através dos instrumentos de pesquisa (Tabela 4).

Entre os pacientes com menos de seis meses de diagnóstico soropositivo 57% apresentou correlação positiva entre o autoconhecimento referido e o conhecimento aferido. Neste grupo, 28% apresentou conhecimento regular sobre a HIV/AIDS e seu tratamento.

No grupo com mais de 12 meses de diagnóstico apenas um paciente referiu ter bastante conhecimento sobre HIV/AIDS e tratamento e, no entanto, quando aferido por meio dos questionamentos da pesquisa não apresentou o conceito de conhecimento correspondente.

O conhecimento sobre HIV/AIDS aferido através dos instrumentos de pesquisa, anteriormente a realização da atenção farmacêutica, apresentou uma resposta percentual de 15% para “regular”, 75% para “bom”, e 10% para “ótimo” e nenhum paciente apresentou conhecimento “deficiente”. Após o acompanhamento farmacêutico, os percentuais sofreram modificação para 64,7% para “bom” e 35,2% para “ótimo”.

Verificou-se, também que, 55% das PVHA do GI apresentavam algum tipo de comorbidades ou coinfeção. Dos pacientes acompanhados, 65% (13) faziam uso de outros medicamentos além dos ARVs e, destes, 30% (seis) apresentaram interações medicamentosas.

Entre esses 13 pacientes contabilizou-se o uso de 27 fármacos diferentes. Sendo os mais utilizados o diazepam (30,7%) seguido por amitriptilina (23%) e sulfametoxazol + trimetropina (23%).

O tempo médio de duração das consultas farmacêuticas foi de aproximadamente 44 minutos, para as consultas de início de tratamento. As subsequentes demoraram em média 17 minutos e as últimas consultas demoraram em média 27 minutos.

A partir do segundo encontro até o quinto mês de tratamento, a adesão foi aferida através do autorrelato dos pacientes sendo que 18,8 % deles esqueceram alguma dose do ARV nos três dias anteriores ao encontro, 18,8% disseram esquecer alguma dose no último final de semana e 18,7% uma dose durante o mês. Já na última entrevista 23,6% dos pacientes esqueceram alguma dose nos três dias anteriores ao encontro, 12,5% referiram esquecimento de alguma dose no último final de semana e 17,6% esqueceram uma dose durante o mês.

Os resultados demonstram uniformidade na distribuição das características sócio demográficas avaliadas entre os grupos, evidenciando uma distribuição homogênea dos pacientes nos grupos. Fato que permitiu compará-los. No entanto, houve diferença na distribuição dos pacientes em relação ao local de acompanhamento médico.

DISCUSSÃO

O perfil das PVHA incluídas no estudo apresentou características sócio demográficas compatíveis com as tendências epidemiológicas nacionais corroboradas em diversos estudos (Blatt et al., 2009; Reis et al., 2010 & Resende et. al., 2010). Uma vez que, foi predominantemente, constituído por participantes do sexo masculino, brancos, solteiros, infectados por via sexual, com idade média não superior a 40,9 anos, possuidores de residência fixa e que moram na companhia de familiares.

A despeito da maior prevalência do sexo masculino entre as PVHA ser bem documentada, faz-se necessário mostrar que, neste estudo essa proporção foi mais ampla, apesar do processo epidemiológico de feminização da AIDS decorrente do aumento da transmissão heterossexual do HIV (Taquette, 2009). Explica-se isso por ser a gestação critério de exclusão desta pesquisa.

Ao avaliar o nível da carga viral pré e pós-tratamento, observou-se, em ambos os grupos, independentemente do nível inicial da carga viral, que a maioria dos pacientes passou à carga indetectável após o tratamento, não sendo a escolaridade fator importante, neste

momento do tratamento, para este desfecho (Tabela 1), diferentemente, do que apontou outro estudo no qual a escolaridade influenciou a adesão ao tratamento (Blatt, et al., 2009). Considerando-se como baixa escolaridade indivíduos com menos de oito anos de estudo, verificou-se o não predomínio da baixa escolaridade na amostra estudada diferindo do perfil de escolaridade das PVHA encontrado por outros autores (Blatt et al., 2009; Reis et al., 2010; Resende et. al., 2010 & Rocha, 2011).

Embora, seja sabido que a reconstituição do sistema imune demore mais tempo que a resposta virológica satisfatória, foi observado que dos 35% (21/59) de pacientes com LT-CD4 abaixo de 200 células/mm³ pré-tratamento, após a instituição da TARV, apenas 18,9% (11/59) não conseguiram reconstituição satisfatória (Tabela 1). Atualmente, com o intuito de diminuir o número de PVHA com imunodepressão acentuada, o MS passou a recomendar o início de tratamento em pacientes assintomáticos quando a contagem de LT-CD4 diminuir de 500 células/mm³. Com isto, espera-se uma diminuição das doenças oportunistas, uma vez que essas ocorreram mais expressivamente quando o número de LT-CD4 diminui de 200 células/mm³ (Brasil, 2013).

Após iniciada a TARV o valor médio da carga viral diminuiu em ambos os grupos pelo menos dois log durante o período de acompanhamento. Este é um resultado esperado, visto que, apesar do objetivo ser a supressão total da replicação viral, nem sempre é possível alcançá-la em seis meses (Brasil, 2008). É importante ressaltar que, entre os nove pacientes que abandonaram o tratamento, estão os oito pacientes do GC, sem atenção farmacêutica, que não realizaram a determinação da carga viral, mostrando a menor adesão ao tratamento clínico e farmacológico. A melhor adesão ao tratamento pode também ser discretamente observada através do decréscimo mais acentuado da carga viral no GI. Este fator torna relevante o valor de carga viral máxima pós-TARV, de 78 cópias/ml, apresentado pelo GI, a qual encontra-se muito próxima do limite de indetecção (inferior a 50 cópias/ml), diferente do GC que, para esta mesma avaliação, mostrou a presença de 9.558 cópias/ml. Valores de carga viral detectáveis na circulação podem acarretar resistência viral ao longo do tratamento (Bisson et al., 2008), desta forma, o GI apresenta menores possibilidades de que o vírus torne-se resistente, pois estão mais próximos da indetecção do vírus sistêmico.

Os ARVs prescritos para início de terapia priorizaram dois esquemas de tratamento de acordo com a indicação do MS (Brasil, 2008). Outros estudos realizados no Brasil, também, demonstraram esse perfil de prescrições (Resende et. al., 2010). Atualmente, o MS indica o uso de EFZ + AZT/3TC como primeira opção e esquemas com inibidor de protease acrescido

de ritonavir (IP/r) como alternativa para o início de TARV (Brasil, 2013). No presente estudo, não se pode associar o esquema ARV com a adesão a terapia farmacológica, pois, encontrou-se uma distribuição uniforme de diferentes esquemas entre os pacientes, tanto nos que abandonaram como os que aderiram ao tratamento.

Durante o estudo, 15% dos pacientes do GI e 20,5% do GC necessitaram mudar ou adequar o esquema ARV devido a ocorrência de efeitos adversos, sem que isso revelasse influência na adesão ao tratamento. Em um estudo prévio, já havia sido demonstrado que as dificuldades relacionadas aos efeitos adversos são importantes, mas não são suficientes para explicar a não-adesão ao tratamento (Romeu et al., 2012). Contudo, a literatura é discordante a respeito da influência de tais efeitos na adesão ao tratamento, uma vez que alguns autores descrevem sua incidência como importante preditor de não adesão (Lignani Júnior, Greco & Carneiro, 2001) e outros não apontam correlação (De Castilho, Szwarcwald & De Brito, 2006).

Na ceara dos efeitos adversos, reafirma-se a importância da proximidade entre a equipe de saúde e o usuário de ARV, pois quando surgem dificuldades com o uso dos medicamentos e antes que essas possam prejudicar a adesão a TARV, o farmacêutico, profissional de fácil acesso no sistema de saúde, poderá avaliar as causas dos efeitos e orientar conduta. As condutas poderão ser no sentido de minimizar ou evitar tais efeitos, ao verificar a forma com que os medicamentos são administrados pelos pacientes e, o uso de outras substâncias que possam estar interagindo com os ARV evitando, assim, prejuízo na qualidade de vida dos usuários. E em casos onde é preciso adequar ou trocar de esquema ARV o encaminhamento do paciente ao prescritor ocorra com maior brevidade.

O acompanhamento farmacoterapêutico permitiu a análise de diferentes fatores relacionados ao tratamento ARV. Em meio a eles, a análise entre o autoconhecimento referido pelos pacientes sobre HIV/AIDS e tratamento e o conhecimento aferido após o acompanhamento com o farmacêutico, ocorrendo aumento da compreensão por parte dos pacientes em relação ao sua condição e tratamento. Fato esse, que pode demonstrar a contribuição da atenção farmacêutica para o empoderamento dos sujeitos e que poderá influenciar positivamente na manutenção de taxas satisfatórias de adesão ao longo do tratamento, que até o presente momento é para toda a vida.

Esse aumento da compreensão pelos pacientes também foi percebido em relação ao tempo de diagnóstico, uma vez que, indivíduos com maior tempo de diagnóstico da infecção são mais adaptadas às alterações decorrentes da soropositividade para o HIV (Reis et al., 2010).

No contexto de introdução de TARV, frequentemente, ocorre o uso de outros

medicamentos. Sabe-se que, quanto maior é o número de medicamentos utilizados por um indivíduo, maior é o risco de ocorrência de interações medicamentosas, e elas ocorreram em 30% dos pacientes acompanhados. No entanto, não necessitaram de ajuste de doses e dispenderam apenas de monitoramento clínico e laboratorial. Uma vez que, as consultas médicas não se realizam com tanta frequência como as retiradas de medicamentos, o farmacêutico pode contribuir na monitorização do tratamento, realizando seu papel no planejamento do cuidado de cada paciente, como parte de uma equipe multidisciplinar (Loureiro, 2012) a fim de garantir um atendimento integral às PVHA que acessam a UDM.

O uso de fármacos tranquilizantes e antidepressivos (diazepam e a amitriptilina) pelos pacientes acompanhados pode sugerir a fragilidade emocional acarretada pelo início de TARV, uma vez que, este é o momento no qual a doença se concretiza, muitas vezes, na vida do usuário. Além disso, a baixa média de tempo de diagnóstico pode indicar o momento traumático da ciência da nova condição sorológica, sendo um momento de intenso sofrimento psíquico (Daspettu, 2005).

Já o fato do sulfametoxazol/trimetropina ser um dos fármacos mais utilizados entre os pacientes se deve a sua indicação no tratamento e/ou profilaxia de infecções oportunista. Estas acometem frequentemente as PVHA devido à baixa imunidade, caso deste estudo, onde 25% dos pacientes anteriormente a introdução da TARV apresentavam contagem de LT-CD4 menor que 200 células/mm³.

A política brasileira de acesso universal à TARV ocasionou diminuição da morbimortalidade, redução de internações e dos custos do tratamento da AIDS. Mas é preciso que altas taxas de adesão sejam mantidas, e para tal se faz necessário melhorar a qualidade do cuidado (Melchior et al., 2007). Nesse contexto, a prática da atenção farmacêutica é uma aliada para melhorar a adesão à TARV, já tendo sido demonstrada na avaliação de um programa de atenção farmacêutica dirigido a melhorar a adesão a TARV, em que os pacientes incluídos no estudo apresentaram boa evolução virológica e imunológica, e uma tendência ao aumento na porcentagem de pacientes aderentes (Jané, Creus & Barrueta, 2004). Outros estudos, também, demonstram a efetividade da atenção farmacêutica em melhorar a aderência aos ARV (Codina & Delgado, 2001; Ventura & Alós, 2004).

A adesão aferida através do autorrelato, durante os encontros de acompanhamento, mostrou pequenas variações em suas taxas de adesão sugerindo a criação de vínculo entre profissional e paciente. Com o vínculo formado, o paciente tem a tranquilidade de admitir falhas na tomada dos ARVs. Sabe-se que a adesão medida dessa maneira pode ser

superestimada devido ao receio do paciente de julgamento pelos profissionais de saúde, e pela presença de viés de memória (Blatt et al., 2009). No entanto, o autorrelato tem a capacidade, se bem conduzido, de proporcionar momento de escuta e discussão a respeito das dificuldades diante do tratamento, sendo por isso utilizado, igualmente, na atenção à saúde, além de ser um método simples, flexível e de baixo custo (Polejack & Seidl, 2010).

O uso dos registros da farmácia como medida de adesão é muito comum em pesquisas nas quais este estabelecimento tem controle sobre a dispensação dos medicamentos. A limitação desse método está no caso de o doente ir buscar os medicamentos e não tomá-los, no entanto a literatura correlacionou positivamente a data de retirada dos ARVs na farmácia com marcadores biológicos, em especial com a carga viral. (Polejack & Seidl, 2010; Rocha et al., 2011). Acredita-se que a divergência de nosso estudo nesse aspecto possa ter ocorrido devido a falhas na alimentação do sistema de registro.

Ao analisar o número de abandono ao tratamento para cada grupo, considerando o local de acompanhamento médico do paciente, a taxa de abandono no GC foi maior que no GI ($p=0,0635$). A maior parte dos pacientes do GC que abandonaram o tratamento, foram os atendidos no serviço público e não receberam atenção farmacêutica. Já, neste mesmo grupo, os pacientes atendidos em serviço particular, mostraram boa adesão ao tratamento. Essa circunstância evidencia, que o acompanhamento farmacoterapêutico pode ser útil para melhorar a adesão, principalmente, quando dirigida aos pacientes que realizam acompanhamento médico na rede pública de saúde. Talvez, explique-se esse fato pelo menor tempo das consultas médicas nos serviços públicos em comparação aos serviços médicos particulares.

A taxa de abandono de 20,3% encontrada no GC, principalmente entre os pacientes atendidos na rede pública é, ainda mais preocupante, pois foi obtida durante os seis primeiros meses de tratamento. A literatura já mostrou que as chances de uma pessoa que não interrompeu anteriormente o tratamento por conta própria aderir à TARV é 14 vezes maior em comparação a uma que já interrompeu (Seidl et al., 2007). Assim, a atenção farmacêutica, com acompanhamento farmacoterapêutico poderá auxiliar as equipes de saúde envolvidas no trabalho com HIV/AIDS na identificação precoce de usuários de ARVs com alto risco de adquirir resistência viral, uma vez que, segundo Rocha et al., 2011, a mobilização de ações efetivas aumentam a chance de preservar os regimes terapêuticos de primeira linha (Rocha et al., 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O incremento das taxas de adesão ao tratamento medicamentoso das PVHA através do acompanhamento farmacoterapêutico, ainda que estatisticamente não significativo, evidência a importância da atenção farmacêutica para a adesão a TARV, visto que, variáveis como escolaridade, o esquema ARV utilizado e efeitos adversos aos medicamentos não foram associados a adesão do tratamento. Estudos com maior número de participantes poderão vir a comprovar essa hipótese.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bisson GP, Gross R, Bellamy S, Chittams J, Hislop M, Regensberg L. Pharmacy refill adherence compared with CD4 count changes for monitoring HIV-infected adults on antiretroviral therapy. *PLoS medicine*. 5(5):e109, 2008.

Blatt CR, Citadin CB, Souza FG, Mello RS, Galato D. [Assessment of adherence to antiretroviral drugs in a municipality in southern Brazil]. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 42(2):131-6, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Departamento de DST/HIV/AIDS. **Relatório de Progresso da Resposta Brasileira ao HIV/AIDS (2010-2011)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. *Lei nº. 9.313*, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. . **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Departamento de DST/HIV/AIDS. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Adultos Vivendo com HIV/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Departamento de DST/HIV/AIDS. **Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos Infectados pelo HIV 2008.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Departamento de DST/HIV/AIDS. **Recomendações do grupo de trabalho de Assistência Farmacêutica.** Brasília: Ministério da Saúde , 2010.

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

Caraciolo JMM & Shimma (Org.). E. **Adesão: da teoria a prática.** Experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/Aids, 2007.

Codina C & Delgado O. **Recomendaciones para desarrollar un programa de atención farmacéutica al paciente VIH.** Comisión de normas y procedimientos de la SEFH. Espanha: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, 2001.

Daspettu C. **Um estranho entre nós:** a repercussão do diagnóstico de HIV/AIDS na trajetória de casais heterossexuais soroconcordantes. 2005. 139f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica).- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

De Castilho EA, Szwarcwald CL, De Brito AM. [Cofactors of antiretroviral treatment interruption in cases of adults with AIDS: Rio Grande do Norte, Brazil, 1999-2002]. *Rev Assoc Med Bras.* 52(2):86-92, 2006.

Hepler CD & Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am. J. Hosp. Pharm.* 47(3):533-43, 1990.

Jané CC, Creus MT, Barrueta OI. Evaluación de un programa de atención farmacéutica

dirigido a mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. *Farm. Hosp.* 28(Extra 6): 19-26, 2004.

Lignani Júnior L, Greco DB, Carneiro M. Avaliação da aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/AIDS. *Rev. Saúde Públ.* 35(6): 495-501, 2001.

Loureiro VC. Quality of life of HIV+ patients undergoing pharmacotherapeutic follow-up. *Braz. J. Pharm. Sci.* 48(4): 711-718, 2012.

Melchior R, Nemes MI, Alencar TM, Buchalla CM. [Challenges of treatment adherence by people living with HIV/AIDS in Brazil]. *Rev Saúde Publ.* 41(Suppl. 2):87-93 2008.

Pereira LRL & Freitas O. A evolução da atenção farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. *Rev. Bras. Ci. Farm.* 44(4): 601-612, 2008.

Polejack L & Seidl EM. [Monitoring and evaluation of adherence to ARV treatment for HIV/AIDS: challenges and possibilities]. *Ci. Saúde Col.* 15 (Suppl. 1):1201-1208, 2010.

Reis AC, Lencastre L, Guerra MP, Remor E. Relação entre sintomatologia psicopatológica, adesão ao tratamento e qualidade de vida na infecção HIV e AIDS. *Psicol.* 23(3):420-429, 2010.

Resende RC, Podestá MHMC, Souza WA, Barroso TO, Vilas Boas OMGC, Ferreira EB. Adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes vivendo com HIV/AIDS atendidos pelo Sistema Único de Saúde. *Rev. Univ. Vale do Rio Verde.* 10(2):186-201, 2010.

Rocha GM, Machado CJ, Acurcio FA, Guimaraes MD. Monitoring adherence to antiretroviral treatment in Brazil: an urgent challenge. *Cad. Saúde Públ.* 27 (Suppl. 1): S67-78, 2011.

Romeu GA, Tavares MM, Carmo CP, Magalhães KN, Nobre ACL, Matos VC. Avaliação da adesão a terapia antirretroviral de pacientes portadores de HIV. *Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde.* 3(1): 37-41, 2012.

Schechter M. & Rachid M. **Manual de HIV/AIDS** . 9. Ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. 222 p.

Seidl EMF, Melchiades A, Farias V, Brito A. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. *Cad. Saúde Públ.* 23(10): 2305-2316, 2007.

Silveira MPT. **Avaliação da efetividade da atenção farmacêutica sobre a adesão de pacientes HIV-positivos à terapia anti-retroviral**. 2009. 118f. Dissertação. (Mestrado em Medicina). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

Souza MN, Paula CS, Miguel MD, Zanetti VC, Miguel OG, Zanin SMW. Acompanhamento farmacoterapêutico a pacientes usuários de enfuvirtida. *Rev. Ci. Farm. Básica Apl.* 31(3): 235-239, 2010.

Taquette S. Feminização da AIDS e adolescência. *Adolesc. Saúde.* volume 6(1): 33-40, 2009.

Valderrama EJT, Alfaro, CO, García-Jiménez, Dader, MJF. Impacto de la intervención farmacêutica en la adherencia al tratamiento antirretroviral em pacientes de um hospital de Lima (Perú). *Pharm. Care Esp.* 14(4): 146-154, 2012.

Ventura CJM & Alós AM. Programa de atención farmacêutica a pacientes VIH com tratamiento antirretroviral: metodología y documentación. *Farm. Hosp.* (Madrid). 28(1): 72-9, 2004.