



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**MAIRE ROSE DE SOUSA SILVA**

**AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DA APLICAÇÃO DE UM PLANO INDIVIDUAL  
FARMACÊUTICO NA MELHORIA DO CUIDADO DE PESSOAS VIVENDO COM  
HIV/AIDS**

**MACEIÓ  
2011**

**MAIRE ROSE DE SOUSA SILVA**

**AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DA APLICAÇÃO DE UM PLANO INDIVIDUAL  
FARMACÊUTICO NA MELHORIA DO CUIDADO DE PESSOAS VIVENDO COM  
HIV/AIDS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Alagoas para obtenção do título Mestre em Ciências da Saúde. Área de **concentração**: Doenças Infecciosas e Parasitárias.

Orientador: Prof. Dr. João Xavier de Araújo Júnior  
Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Éurica Adélia Nogueira  
Ribeiro

MACEIÓ  
2011

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**  
**Bibliotecária Responsável: Helena Cristina Pimentel do Vale**

S586a Silva, Maire Rose de Sousa.

Avaliação da aplicação de um plano individual farmacêutico na melhoria do cuidado de pessoas vivendo com HIV/aids/ Maire Rose de Sousa Silva. - 2011.

60 f.: il

Orientador: João Xavier de Araújo Júnior.

Co-orientadora: Êurica Adélia Nogueira Ribeiro.

Dissertação (mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Alagoas. Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde. Maceió, 2009.

Bibliografia: f. 45-49.

Apêndices: f.50-60.

1. HIV/aids. 2. Terapia antirretroviral. 3. Adesão 4. Intervenções. I. Título.

CDU: 616.7-08

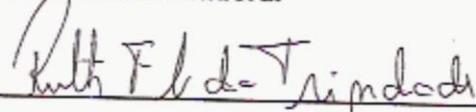


UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

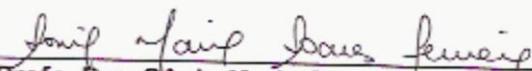
Defesa da Dissertação de Mestrado da aluna Maire Rose de Souza Silva, intitulado: "Avaliação dos resultados da aplicação de um plano individual farmacêutico na melhoria do cuidado de pessoas vivendo com HIV/Aids", orientada pelo Prof. Dr. João Xavier de Araújo Júnior, apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Alagoas, em 08 de junho de 2011.

Os membros da Banca Examinadora, consideraram a candidata APROVADA

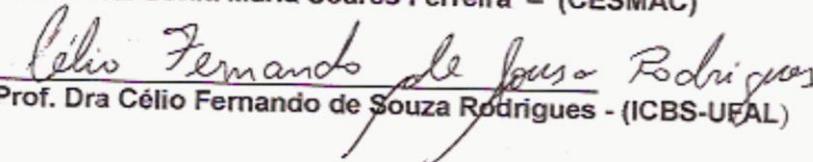
Banca Examinadora:



Prof<sup>a</sup>. Dra. Ruth França Cizino da Trindade - (ESEN FAR-UFAL)



Profa. Dra. Sônia Maria Soares Ferreira - (CESMAC)



Prof. Dra Célio Fernando de Souza Rodrigues - (ICBS-UFAL)

  
Dr. Emiliano de Oliveira Barreto  
Prof. Adjunto ICBS/UFAL  
Mat. SIAPE 1296235

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu Deus, por ter atendido os desejos do meu coração;

Aos meus pais, pela dedicação de uma vida para que eu me tornasse uma pessoa estudiosa;

A Mona Lisa dos Santos Góes, um exemplo de dedicação a profissão farmacêutica, foi minha incentivadora e colaboradora na elaboração do Plano Individual Farmacêutico;

A Dra Divanise Suruagy Correia pelo apoio e incentivo;

A minha amiga professora Dra Sonia Maria Soares Ferreira, pelo apoio e incentivo;

Ao meu orientador professor Dr. João Xavier de Araújo Júnior e co-orientadora professora Dra. Êurica Adélia Nogueira Ribeiro por me concederem a oportunidade de divulgar cientificamente minha vivência profissional;

Ao Dr Jairo Calado Cavalcante pela ajuda e paciência durante o período das análises estatísticas;

As professoras Dra Ruth França Cizino da Trindade e Dra Rozangela Maria de Almeida Fernandes Wyszomirska pelas orientações repassadas na fase da Qualificação para melhoria desse estudo;

Aos infectologistas Renee Oliveira Nascimento e Rosane de Souza Brandão, ao psicólogo Fábio Mota e todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de cuidado de pessoas vivendo com HIV/aids atendidas no Posto de Atendimento Médico (PAM) Salgadinho;

Aos meus colegas farmacêuticos do PAM Salgadinho Paulo Anderson da Silva e Hildebrando Junior pela compreensão da minha ausência enquanto estudava para o mestrado;

A Tânia e Rosane Araújo Padilha, amigas e funcionárias da Farmácia PAM Salgadinho por todo o apoio na construção deste estudo;

Ao amigo Samuel Pontes pela disposição em me acompanhar durante as aulas do mestrado;

A todos os pacientes que estão em terapia antirretroviral e se dispuseram a ser acompanhados pelo Plano Individual Farmacêutico e contribuíram para o aprimoramento do cuidado de pessoas vivendo com HIV/aids;

Ao meu colega e amigo Gerson Gomes Junior pela amizade que foi fortalecida durante o mestrado e também pela colaboração e sugestões para este estudo;

A Etinha, tia Meire e vovô Vera pela atenção que deram ao meu bebê Miltinho enquanto eu desenvolvia este estudo;

As irmãs Maria e Amanda, pelas orações a DEUS ao meu favor;

Ao meu esposo Milton Pontes, pela torcida;

A bibliotecária Helena Cristina Pimentel pela contribuição técnica nesta dissertação.

Dedico este meu trabalho ao meu pai Severino José de Sousa (*in memoriam*) que me direcionou para o caminho do bem e me estimulou a tudo o que fosse para o meu crescimento pessoal e profissional

## RESUMO

O emprego da terapia antirretroviral resultou na melhora dos indicadores de morbidade, de mortalidade e da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids. Por outro lado, contribuiu para que a infecção pelo HIV se tornasse uma doença de caráter crônico evolutivo e potencialmente controlável. Diante do desenvolvimento desse perfil crônico assumido pela doença na atualidade, surgem outros desafios determinando a necessidade de novas práticas profissionais relacionadas aos cuidados de saúde das pessoas vivendo com HIV/aids. A maioria dos estudos aponta para a necessidade de elaboração de estratégias direcionadas para o cuidado integral das pessoas vivendo com HIV/aids. O objetivo deste estudo foi avaliar os resultados da aplicação de um Plano Individual Farmacêutico para melhorar o cuidado das pessoas vivendo com HIV/aids. Foi realizado um levantamento em 105 prontuários cadastrados em uma Unidade Dispensadora de Medicamentos de um Serviço de Assistência Especializada sobre intervenções e resultados de exames Carga Viral e CD4+ realizados a partir da aplicação de um Plano Individual Farmacêutico por um período de 12 meses em pacientes em terapia antirretroviral. Verificou-se que todos os 105 pacientes acompanhados pelo Plano Individual Farmacêutico necessitaram de intervenções junto à equipe multidisciplinar do referido serviço, totalizando 1426 intervenções. Nos 04 primeiros meses após a aplicação do Plano (88,6%) obtiveram Carga Viral indetectável e aumento na média de células CD4+ (557,73) e nos meses subsequentes oitavo e 12º todos os pacientes permaneceram com Carga Viral indetectável e aumento na média de células CD4+ (604,16) e (654,70) havendo uma diferença estatisticamente significativa antes e depois da aplicação do Plano nos três tempos de avaliação. Conclui-se que as intervenções feitas a partir do Plano Individual Farmacêutico permitiram a identificação e a solução de problemas de acordo com as necessidades individuais dos pacientes e as intervenções também proporcionaram uma supressão viral e uma melhora imunológica sustentada, tais resultados mostram que a aplicação do Plano Individual Farmacêutico contribuiu para a melhoria do cuidado e da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids, além de contribuir também com a promoção da adesão ao tratamento.

**Palavras Chave:** HIV/aids. Terapia Antirretroviral. Adesão. Intervenções.

## ABSTRACT

The use of antiretroviral therapy resulted in the improved indicators for morbidity, mortality and quality of life of people living with HIV/AIDS. On the other hand, it contributed to HIV infection becoming a disease of chronic character evolution and potentially controllable. Before the development of this chronic profile given by the disease today, other challenges arose determining the need for new professional practices related to health care for people living with HIV/AIDS. Most studies pointed to the need to elaborate strategies aimed at comprehensive care for people living with HIV/AIDS. The objective of this study was to evaluate the results of applying an Individual Pharmaceutical Plan to improve the care of people living with HIV/AIDS. A survey was conducted from the medical records enrolled at the Medication Dispensing Unit from a Specialized Care Service on interventions and the results of viral load and CD4+ exams carried out by the application of the Individual Pharmaceutical Plan for a period of 12 months in patients on antiretroviral therapy. It was found that all 105 patients with the Individual Pharmaceutical Plan required interventions together with a multidisciplinary team for that service, totaling 1426 interventions. In the first 4 months after the implementation of the Plan (88.6%) achieved virological control and increase in the average CD4+ (557.73) cells, and in subsequent months eighth to 12<sup>o</sup> all patients maintained virological control and increase in the average CD4+ (604.16) cells, and (654.70) having a statistically significant difference before and after the application of the Plan in the three phases of evaluation. It was concluded that the interventions made from the Individual Pharmaceutical Plan allowed for the identification and solution of problems according to the individual needs of the patients and the interventions also provided a viral suppression and sustained immunologic improvement such that the results show that the implementation Individual Pharmaceutical Plan contributed to the improvement of care and quality of life of people living with HIV/AIDS, would also contribute in promoting adherence to treatment.

**Key Words:** HIV/AIDS. Antiretroviral Therapy. Adherence. Interventions.

## LISTA DE QUADRO

QUADRO 01. Métodos empregados para avaliar a adesão terapêutica.....	25
--	----

## LISTA DE TABELAS

TABELA 01. Distribuição dos pacientes acompanhados por um Plano Individual Farmacêutico, segundo as variáveis sociodemográficas. Maceió-Alagoas, 2010.....	34
TABELA 02. Distribuição dos pacientes acompanhados por um Plano Individual Farmacêutico, segundo as variáveis clínicas. Maceió-Alagoas, 2010..	35
TABELA 03. Tipos e quantidades de intervenções farmacêuticas realizadas a partir da aplicação de um Plano Individual Farmacêutico. Maceió-Alagoas, 2010.....	36

## LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 01. Distribuição da amostra, segundo a obtenção de Carga Viral indetectável antes e depois da aplicação de um Plano Individual Farmacêutico. Maceió-Alagoas, 2010.....37
- GRÁFICO 02. Distribuição da amostra, segundo avaliação imunológica quanto à média de contagem de células T CD4+ antes e depois da aplicação de um Plano Individual Farmacêutico. Maceió-Alagoas, 2010.....38

## LISTA DE SIGLAS

**AIDS**-Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

**ARV**-Antirretroviral

**CV**-Carga Viral

**CD4+**-Grupamento de diferenciação 4 das células T

**BMS**-Bristol Myers Squibb

**DNDST / AIDS**-Departamento Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis / Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

**HIV**-Human Immunodeficiency virys (Vírus da Imunodeficiência Humana)

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

**IP**-Inibidores de Protease

**ITRN**-Inibidores da Transcriptase Reversa Análogo de Nucleosídeo

**ITRNN**-Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogo de Nucleosídeo

**MEMS**-Sistema Eletrônico de Memória

**PIF**-Plano Individual Farmacêutico

**PVHA**-Pessoas vivendo com HIV/aids

**R**-Ritonavir

**SAE**-Serviço de Assistência Especializada

**SPSS**-Statistical Package for Social Sciences

**SICLOM**-Sistema Informatizado de Controle e Logística de Medicamentos

**TARV**-Terapia Antirretroviral

**UDM**-Unidade Dispensadora de Medicamentos

**WHO/OMS**-World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	18
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	19
<b>3.1 Importância do cuidado e da adesão em HIV/aids</b> .....	19
3.2 Estratégias para melhoria da adesão.....	20
3.3 Avaliação da adesão.....	24
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	26
<b>4.1 Tipo de estudo</b> .....	26
4.2 Local do estudo.....	26
4.3 Período do estudo.....	26
4.4 População e amostra do estudo.....	27
4.4.1 População.....	27
4.4.2 Critérios de inclusão e exclusão da amostra.....	27
4.4.3 Amostra.....	27
4.5 Plano Individual Farmacêutico (PIF).....	28
4.6 Variáveis do estudo.....	29
4.6.1 Variáveis sociodemográficas.....	29
4.6.2 Variáveis clínicas.....	29
4.6.3 Variáveis relacionadas à adesão ao tratamento.....	30
4.7 Instrumentos de coleta de dados.....	30
4.8 Coleta de dados.....	30
4.9 Organização e análise dos dados.....	31
4.10 Aspectos éticos.....	32
<b>5 RESULTADOS</b> .....	33
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	39
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	44
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	45
<b>APÊNDICE A- ENTREVISTA CLÍNICA</b> .....	50
<b>APÊNDICE B-FICHA INDIVIDUALIZADA</b> .....	54
<b>APÊNDICE C-REGISTRO DE ORIENTAÇÕES FARMACÊUTICAS</b> .....	55
<b>APÊNDICE D-LISTA DE PACIENTES</b> .....	56

<b>APÊNDICE E-CERTIFICADO DE PARABÉNS.....</b>	<b>57</b>
<b>APÊNDICE F- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>58</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Com a introdução da terapia antirretroviral combinada na prática clínica e o emprego rotineiro de profilaxias primárias para infecções oportunistas e também a disponibilização de insumos de prevenção e de recursos laboratoriais, como a contagem de linfócitos CD4+, quantificação de Carga Viral e teste de genotipagem para monitorar a evolução clínica dos pacientes e o desenvolvimento de resistência aos medicamentos, à infecção pelo HIV tem sido considerada de caráter crônico evolutivo e potencialmente controlável (BRASIL 2010a).

Tais avanços contribuíram de forma bastante positiva para a vida das pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA) e associado a tais avanços observa-se também diminuição das internações hospitalares, na ocorrência de infecções oportunistas e da mortalidade causada pela aids (BRASIL, 2008a).

Diante do desenvolvimento desse perfil crônico assumido pela aids na atualidade, surgem outros desafios determinando a necessidade de novas práticas profissionais relacionadas aos cuidados de saúde das PVHA, além da necessidade, por parte dos serviços de atendimento especializado em aids, criar estratégias para melhorar a adesão dos pacientes em terapia antirretroviral (AYRES, 2004; BRASIL, 2010a).

A maioria dos estudos sobre adesão terapêutica e qualidade de vida das PVHA apontam para a necessidade de elaboração de estratégias direcionadas para o cuidado integral aos pacientes portadores de aids (BRASIL, 2007; BONOLO, 2007; SILVA, 2008; BRASIL, 2010a; 2010c; 2010d).

Tendo em vista poucas publicações na literatura científica sobre estratégias sistematizadas para melhorar a adesão terapêutica e o cuidado das pessoas que vivem com HIV/aids, a aluna mestranda elaborou um Plano Individual Farmacêutico<sup>1</sup>. Desta forma este estudo apresenta os resultados da aplicação deste Plano Individual em pacientes adultos em terapia antirretroviral.

A necessidade de comprovação da hipótese de que o Plano Individual Farmacêutico também poderá melhorar a adesão terapêutica de pacientes com

---

<sup>1</sup> O Plano Individual Farmacêutico foi elaborado, aplicado e avaliado pela farmacêutica mestranda responsável por este estudo.

HIV/aids, por meio da obtenção de Carga Viral indetectável e melhora da condição imunológica é outra justificativa para este estudo, uma vez que, a adesão ao tratamento assume importância crucial diante da perspectiva de uma vida longa e com qualidade para as pessoas que vivem com HIV/aids.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Avaliar os resultados da aplicação de um Plano Individual Farmacêutico na melhoria do cuidado de pessoas vivendo com HIV/aids.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar os pacientes em terapia antirretroviral acompanhados em uma Unidade Dispensadora de Medicamentos Antirretrovirais de um Serviço Municipal de Assistência Especializada em Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids no Estado de Alagoas , segundo as variáveis sociodemográficas;
- Caracterizar os pacientes em terapia antirretroviral acompanhados em uma Unidade Dispensadora de Medicamentos Antirretrovirais de um Serviço Municipal de Assistência Especializada em Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids no Estado de Alagoas, segundo as variáveis clínicas;
- Identificar e quantificar as intervenções farmacêuticas registradas nos prontuários;
- Analisar se o Plano Individual Farmacêutico contribui para obtenção de carga viral indetectável e melhora da condição imunológica por meio dos exames de Quantificação de Carga Viral e Contagem de células T CD4+.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 Importância do cuidado e da adesão em HIV/aids**

O cuidado e a adesão são essenciais para melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids e nesse processo de cuidado a adesão tem um papel fundamental, ou seja é a única opção de garantir o tratamento e o acompanhamento da infecção pelo HIV/aids (SILVA et al., 2008). A adesão reduz o risco de falha virológica, aumenta a sobrevida, reduz o risco de progressão para aids/imunodeficiência e o desenvolvimento de cepas virais resistentes, além de melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids (MACHTINGER; BANGSBERG, 2006).

Alguns estudos apontam que uma adesão em níveis ótimos leva a uma replicação mínima de vírus e a uma rara mutação espontânea, tais estudos ressaltam que a cadeia de eventos de mutação do HIV reforça a necessidade de uma adesão adequada para prevenir falha terapêutica e preservar opções terapêuticas (LUCAS; CHAISSON; MOORE, 1999; PERNO et al., 2002).

Estudos sobre adesão a terapia antirretroviral têm demonstrado que o nível de adesão necessário para se obter uma resposta terapêutica adequada ao tratamento do HIV/aids é maior que em qualquer outra doença crônica, sendo necessário o uso praticamente perfeito dos medicamentos para se obter uma carga viral indetectável e evitar a falência terapêutica de forma sustentada (FRIEDLAND, 1999; BARTLETT 2004; ROCHA, 2010).

Convencionalmente o nível aceitável de adesão ao tratamento para uma determinada doença crônica era estipulado com a tomada de mais de 80% dos medicamentos prescritos. No entanto, estudos clássicos demonstraram que o nível estimado de adesão a terapia antirretroviral em longo prazo parece ser acima de 90% das tomadas (PATERSON, 2000; BARTLETT, 2002).

Manter-se aderente à terapia antirretroviral vem se tornando um grande desafio para o paciente, uma vez que demanda de seus usuários mudanças relacionadas à dieta alimentar, tolerância aos efeitos colaterais, adaptação do tratamento a vida diária e principalmente na rotina de trabalho do indivíduo devido ao uso de diversos medicamentos por tempo prolongado (MESSIAS, 2010). Esta realidade tem exigido dos profissionais de saúde, cuidadores e pacientes a busca constante de melhores

estratégias para facilitar o enfrentamento das dificuldades encontradas pelos pacientes em tratamento (CARACIOLO; SHIMMA, 2007; SILVA et al., 2008).

### **3.2 Estratégias para melhoria da adesão**

O reconhecimento do papel da adesão terapêutica como um fator imprescindível para a obtenção de respostas clínicas ao tratamento e melhora da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) reforça a necessidade de realizar medidas que promovam e mantenham uma elevada adesão à terapia antirretroviral. Existem várias estratégias já testadas e comprovadas na prática diária dos serviços que atendam às PVHA. Muitas dessas não têm custo elevado e necessitam apenas de mudanças e adequações na rotina dos fluxos de atendimento dos serviços (CONWAY, 2007) e algumas dessas estratégias se fundamentam em diferentes modelos de adesão.

A Organização Mundial de Saúde aponta cinco modelos de estratégias de adesão para tentar compreender a relação entre o paciente, sua doença e o tratamento (LIMA, 2006).

#### **a) Biomédico**

Modelo dominante no nosso sistema de saúde. É baseado na obediência em cumprir as ordens médicas (KOIFMAN, 2001).

#### **b) Comportamental**

Tem com base o radical e enfatiza a importância dos esforços positivos e negativos como um mecanismo de influência no comportamento (MORAES; ROLIM; COSTA JR, 2009).

#### **c) Comunicação**

Esse modelo focaliza a melhoria da comunicação dos profissionais de saúde e usuários para atender as demandas dos pacientes (CORIN, 1996).

#### **d) Cognição**

É baseado no modelo educacional em que os pacientes participam com os conhecimentos que já possuem e são convidados a participar da construção de seu tratamento (OGDEN, 2004).

#### e) Auto-regulação

Modelo que se baseia nas tentativas de se integrar as variáveis ambientais e as respostas cognitivas dos pacientes em seus cuidados de saúde (LEVENTHAL, 1997).

No Brasil, o Departamento de Doenças Sexuais Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais preconiza estratégias de adesão baseadas nas diretrizes do Sistema Único de Saúde: Universalidade, Humanização e Integralidade do cuidado (BRASIL, 2007; BRASIL, 2010c). Essas estratégias de adesão podem ser:

#### ***Estratégias gerais***

1-Ofertar um acolhimento adequado com espaço de escuta ativa para as pessoas vivendo com HIV/aids, seus familiares e cuidadores, visando estabelecer um vínculo com a equipe de saúde e com o serviço de saúde (SANTOS, 2007);

2-Trabalhar com uma equipe interdisciplinar com a finalidade de facilitar a adesão adequada desde o momento em que o usuário tem a necessidade do uso da Terapia Antirretroviral (TARV), sempre considerando as necessidades individuais do paciente (SEIDL, 2007);

3-Reconhecer e valorizar o direito de decisão sobre o seu processo de autocuidado, uma vez que, a participação do usuário nas decisões de seu tratamento e nas ações da própria equipe é um elemento que colabora para a adesão ao tratamento (SILVA, 2007);

4-Disponer de um modelo de adesão na rotina do serviço, que ofereça cuidados para situações ou populações específicas: início da TARV, abandono de TARV, troca de esquema terapêutico, falha terapêutica, pacientes com diagnóstico de infecção pelo HIV/aids (adolescentes, crianças, gestantes, idosos, usuários de drogas, moradores de rua, co-infectados com tuberculose, hepatites entre outras), podendo ser uma alternativa para melhorar a adesão (CARACIOLO, 2010);

5-Realizar monitoramento de frequências às consultas agendadas, exames e ao recebimento dos antirretrovirais nos serviços de dispensação de antirretrovirais denominados Unidades Dispensadoras de Medicamentos.

6-Disponer de informações sobre a necessidade e a importância do tratamento, das possíveis complicações que a terapia pode ocasionar e motivando a tomar as medicações com a máxima regularidade, de acordo com seus hábitos cotidianos, sendo necessária a utilização de materiais educativos (cartilhas, revistas e murais).

### ***Estratégias específicas***

Essas estratégias podem ser individuais ou em grupo, destacam-se:

1-Terapia Diretamente Observada (TDO), estratégia utilizada com sucesso no manejo de paciente com tuberculose não aderente ao tratamento, tem sido sugerida em alguns casos específicos, como forma de iniciar e estimular a adesão ao tratamento das pessoas vivendo com HIV/aids, no entanto o TDO é uma estratégia observada como cara e trabalhosa que dificulta sua utilização como uma estratégia de saúde pública para o tratamento da infecção pelo HIV/aids (MITTY et al., 2003);

2-Simplificação do regime terapêutico é considerada uma estratégia farmacológica efetiva para melhorar a adesão a terapia antirretroviral, porém o problema com esses esquemas com número reduzidos de comprimidos podem resultar em uma supressão inadequada de carga viral com conseqüente emergência de cepas virais resistentes e elevação da carga viral plasmática (VITÓRIA, 2000);

3-Uso de dispositivos de adesão é uma estratégia para lembrar o uso das medicações, o uso de vários tipos de dispositivos para ajudar as pessoas vivendo com HIV/aids a aderir à terapia antirretroviral. São exemplos destes dispositivos, caixas porta pílulas para as necessidades individuais dos pacientes; os dispositivos que avisam os pacientes do momento da tomada (telefones celulares, alarmes de relógios); os calendários, os diários e tabelas que mostram as figuras dos medicamentos prescritas com os horários das tomadas podem ajudar o paciente ou o seu cuidador a melhorar a adesão à terapia prescrita (SMITH, 2006);

4-Práticas complementares são estratégias alternativas que podem favorecer a adesão ao tratamento antirretroviral, por se tratar de abordagem integral, baseada nas necessidades individuais e estimulam o autocuidado das pessoas em tratamento. Estas Práticas (Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, Medicina Antroposófica e Termalismo) podem ser utilizadas no tratamento complementar de

pessoas que vivem com HIV/aids, especialmente com o objetivo de reduzir o estresse, melhorar o estado psicológico e emocional, além de auxiliar no controle de efeitos adversos provocados pelos medicamentos (BRASIL, 2006a);

5-Grupos de Adesão tem sido uma estratégia muito utilizada nos serviços para promoção da adesão, geralmente são grupos abertos e conduzidos por profissionais da própria equipe, juntamente com os pacientes e os cuidadores domiciliares (PERSICO; FIGUEREDO, 2008). Nesses grupos, torna-se possível a discussão de novas alternativas em relação às perspectivas individuais, institucionais e sociais, voltadas para a promoção de saúde, possibilitando uma avaliação de processos e propostas. O Ministério da Saúde recomenda que tal estratégia deve ser estimulada e aprimorada, particularmente na incorporação de técnicas de condução, conteúdos, dinâmicas e participação de usuários dos serviços na sua realização (BRASIL, 2007);

6-Sala de Espera, este espaço coletivo poderá ser aproveitado para desenvolver atividades de adesão e de educação em saúde, enquanto o paciente aguarda a consulta (BRASIL 2008a);

7-Rodas de Conversa são estratégias que podem ser realizadas nos serviços ou em outros espaços comunitários, onde as pessoas podem trocar experiências, possam se expressar e, sobretudo, escutar os outros e a si mesmos (OLIVEIRA, 2010);

8-Educação e Planejamento Individualizado constituem as estratégias de adesão preconizada pela Organização Mundial da Saúde. Esses tipos de estratégias produzem resultados bastante positivos, porque envolve inicialmente a educação com inclusão de um planejamento individualizado junto com o paciente, seguido de acompanhamento regular durante todo o período de tratamento (TULDRA, et al., 2000; WHO, 2001; 2003).

### **3.3 Avaliação da adesão terapêutica**

A adesão é um processo dinâmico, complexo e multifatorial e abrangente, sendo, portanto de difícil avaliação. Existem vários métodos ou procedimentos disponíveis para avaliar a adesão ao tratamento (ROCHA, 2010).

Atualmente, os métodos mais comuns para avaliação da adesão incluem medidas como: auto-relato (entrevistas estruturadas), monitoramento eletrônico de medicamentos (Medication Event Monitoring System-MEMS), contagem de comprimidos, registros sobre a retirada de medicamentos da farmácia, avaliação junto à cuidadores e a profissionais de saúde, mensuração dos níveis plasmáticos dos medicamentos antirretrovirais ou de metabólitos das drogas na urina ou sangue, terapia diretamente observada (TDO) e resposta virológica (obtenção de carga viral indetectável).

De todas as medidas de avaliação da adesão, apenas o TDO e a monitoração de níveis plasmáticos são considerados métodos diretos. Todos os demais avaliam a adesão de forma indireta (BERG; ARNSTEN, 2006; HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010). Todos os métodos acima citados possuem alguma limitação, ou seja, com vantagens e desvantagens apresentadas no (Quadro 1).

QUADRO 1. Métodos empregados para avaliar a adesão terapêutica

<b>Métodos</b>	<b>Vantagens</b>	<b>Desvantagens</b>
<b>Métodos Diretos</b>		
Terapia diretamente Observada (TDO)	Mais aprimorado	Impraticável na TARV de rotina
Dosagem plasmática da droga ou de metabólitos	Objetivo	Caro e variável com o metabolismo individual
<b>Métodos Indiretos</b>		
Questionários	Simple, baratos, mais usados na prática clínica	Susceptível a erros, adesão pode ser deturpada pelo paciente
Contagem de comprimidos	Objetivo, simples, fácil de fazer	Facilmente alterado pelo paciente
Registro de retirada	Objetivo, simples, fácil de fazer	Não significa realmente tomada dos medicamentos
Resposta terapêutica (carga viral indetectável)	Preciso, resultados quantificáveis	Pode ser influenciado por outros fatores
Monitoração Eletrônica (MESM)	Auxilia na falta de lembrança das tomadas	Requer várias visitas para descarregar dados dos frascos, paciente pode retirar múltiplas doses; custo elevado

Fonte: Adaptado de OSTERBERG; BLASCHCK. Adherence to Medication. **N Engl J Med.**, p.489, 2005.

Segundo o Ministério da Saúde, os métodos mais frequentes utilizados na prática clínica no Brasil para avaliar a adesão são: auto-relato (mediante entrevista), contagem manual de pílulas e exame de Carga Viral (NEMES et al., 2000).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo transversal prospectivo.

### **4.2 Local do estudo**

O presente estudo foi realizado na farmácia que presta assistência aos pacientes doentes de aids, chamada Unidade Dispensadora de Medicamentos Antirretrovirais (UDM) de um Serviço de Assistência Especializada (SAE) em Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids localizado no Posto de Atendimento Médico (PAM) Salgadinho na cidade Maceió/Alagoas. O PAM Salgadinho é considerado o segundo maior posto de atendimento médico do Brasil e o primeiro no Estado de Alagoas. No referido serviço são desenvolvidas atividades de assistência e de tratamento para pessoas vivendo com HIV/aids.

O atendimento dos pacientes é feito pelo sistema de referência e contra-referência, sendo estes encaminhados pelos médicos das unidades de saúde de todo o Estado. Esses portadores de HIV/aids referenciados são aqueles que foram testados e apresentaram resultado positivo para o HIV e /ou apresentaram complicações decorrentes da infecção HIV/aids.

Nesse Serviço as PVHA são atendidas diariamente nos turnos manhã e tarde, de segunda a sexta por uma equipe multiprofissional constituída por infectologista, gastroenterologista, ginecologista, nutricionista, psicólogo, Assistente Social, Dermatologista, Enfermeira e Dentista. E o atendimento farmacêutico é realizado na UDM que funciona interligada ao SAE, dispõe de uma sala de espera e de uma sala para atendimento individualizado, sendo a dispensação feita exclusivamente pelo profissional farmacêutico.

### **4.3 Período do estudo**

O estudo foi realizado no período de junho de 2009 a junho de 2010.

## **4.4 População e amostra do estudo**

### **4.4.1 População**

A população de pacientes em tratamento antirretroviral atendidos na referida UDM foi de 288 pacientes, que correspondeu ao número de pacientes que receberam medicamentos antirretrovirais no período 01/06/2009 a 30/06/2009. Esses pacientes foram identificados pelo *Relatório Movimento Diário de Dispensas /SICLON*, sistema de instalação obrigatória em todas as Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) cadastradas pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais /Ministério da Saúde. Este sistema contém informações sobre controle dos estoques e da distribuição dos antirretrovirais, fornecendo ainda informações relacionadas ao perfil clínico-laboratoriais e demográficos dos pacientes de aids e o uso de diferentes esquemas terapêuticos.

### **4.4.2 Critérios de inclusão e exclusão na amostra**

A amostra foi constituída de indivíduos maiores de 18 anos em Terapia Antirretroviral independente do tempo de tratamento, acompanhados pelo SAE e UDM do PAM Salgadinho e que foram submetidos a um Plano Individual Farmacêutico durante o atendimento no turno da tarde, conforme registros disponibilizados nos prontuários.

Quanto aos Critérios de Exclusão, foram excluídos: crianças de zero a 18 anos, indivíduos cujo estado físico e mental impossibilitou a aplicação do Plano Individual Farmacêutico, gestante HIV positivo, pacientes que não eram acompanhados pelo referido SAE, pacientes que aguardavam resultados de exames e indivíduos que não recebiam pessoalmente seus antirretrovirais na Farmácia.

### **4.4.3 Amostra**

Após estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, dos 288 pacientes que foram identificados no *Relatório Movimento Diário de Dispensas/SICLON*, foram excluídos: 17 pacientes por serem menores de 18 anos, 10 pacientes apresentaram algum tipo de deficiência física e/ou mental que impedia a aplicação do Plano, 10 eram gestantes HIV positivas, 20 pacientes não eram acompanhados pelo Serviço de Assistência Especializada PAM Salgadinho, 30 pacientes aguardavam os

resultados dos exames de Carga Viral e Contagem de células T CD4+ e 10 pacientes não receberam pessoalmente seus medicamentos antirretrovirais, tais medicamentos foram recebidos por portadores indicados pelos referidos pacientes. E por serem atendidos no turno da manhã, 86 pacientes não participaram desse estudo. Assim a amostra do estudo foi de conveniência, constituída por  $n=105$  pacientes que foram acompanhados pelo Plano Individual Farmacêutico (PIF) pelo período de 12 meses.

#### **4.5 Plano Individual Farmacêutico (PIF)**

Esse Plano Individual Farmacêutico consiste em um conjunto de intervenções que objetiva melhorar os cuidados ofertados aos pacientes, principalmente promovendo a adesão terapêutica. O Plano constitui-se de três etapas:

1. *Etapa 1: Levantamento de dados, essa etapa é feita através de:*

1.1 *Aplicação de Entrevista Clínica:* levantamento de informações que avaliam o conhecimento do paciente, preocupações, expectativas e comportamentos relacionados ao processo de cuidado (APÊNDICE A).

1.2 *Coleta de Informações registradas em prontuário:* levantamento de outras patologias, de resultados de exames, relato de queixas e uso de outros medicamentos.

2. *Etapa 2: Interpretação Educativa*

Consiste em interpretar educativamente a ação do HIV no organismo, a função do sistema imunológico, a importância dos antirretrovirais e dos métodos de prevenção, a partir da percepção da condição social, hábitos de vida e capacidade de entendimento do paciente. Essa etapa poderá ser realizada através de desenhos e/ou histórias e conversas com o paciente durante a consulta com o farmacêutico

3. *Etapa 3: Construção das Intervenções Farmacêuticas*

Essa etapa compreende o registro, a identificação e a elaboração da intervenção farmacêutica através da elaboração dos seguintes documentos:

3.1 *Ficha Individualizada:* os dados coletados na Etapa 1 são registrados e avaliados para a elaboração e registro das intervenções necessárias (APÊNDICE B).

3.2 *Registro de Intervenções em Prontuário*: todas as intervenções são registradas no prontuário para conhecimento e intervenção de toda a equipe multiprofissional.

3.3 *Orientações Farmacêuticas*: registro de orientações para guarda do paciente (APÊNDICE C).

3.4 *Lista de Pacientes em Seguimento*: pacientes que foram identificados com história de difícil adesão são listados para permitir sua identificação no dia a dia do serviço (APÊNDICE D).

3.5 *Certificado de Parabéns*: os pacientes que conseguem cumprir as recomendações sobre o tratamento e as práticas saudáveis de vida; e/ou vencer dificuldades encontradas no tratamento são estimulados através do recebimento do Certificado de Parabéns (APÊNDICE E).

#### **4.6 Variáveis do estudo**

##### **4.6.1 Variáveis sociodemográficas**

Foram consideradas as variáveis que constam na opção *Cadastro* do Sistema de Controle e Logística de Medicamentos (SICLOM).

a) Sexo: masculino e feminino.

b) Idade: anos completos.

c) Raça: branco, pardo e negro.

d) Estado civil: solteiro, casado, união estável e viúvo.

e) Escolaridade: nenhuma, 01 a 03 anos, 04 a 07 anos, 08 a 11 anos, de 12 e mais anos.

##### **4.6.2 Variáveis clínicas**

a. Tempo Diagnóstico: foi considerado o tempo em ano.

b. Esquema utilizado: foram considerados os esquemas registrados no *Relatório Histórico de Dispensa/SICLOM* e prontuário.

- c. Multiexperimentado: foi considerado como multiexperimentados aqueles com trocas de esquemas confirmadas pelo *Relatório Histórico de Dispensa /SICLOM* e prontuário.
- d. Comorbidades: foram consideradas as comorbidades registradas nos prontuários.
- e. Emergência/ Hospitalização foram consideradas as hospitalizações registradas no prontuário.

#### **4.6.3 Variáveis relacionadas à adesão ao tratamento**

A obtenção de Carga Viral indetectável (<50 cópias/mL) e melhora da condição imunológica foram avaliados através dos resultados dos exames de Quantificação de Carga Viral e Contagem de células T CD4+ registrados nos prontuários.

#### **4.7 Instrumentos de coleta de dados**

Para Coleta de dados foram utilizados dois instrumentos:

- a) Sistema de Controle e Logística de Medicamentos (SICLOM), os dados foram coletados por meio de dados registrados na opção *Cadastro e Relatórios*.
- b) Prontuários, os dados coletados nos prontuários referem-se aos registros de resultados de exames: Quantificação de Carga Viral, Contagem de células CD4+ e registro de tipos e quantidades de intervenções farmacêuticas realizadas depois da aplicação do Plano Individual Farmacêutico em 12 meses de acompanhamento.

#### **4.8 Coleta de dados**

Os dados foram obtidos através de consulta ao SICLOM e aos prontuários, conduzida pela própria pesquisadora na UDM e no referido SAE, a coleta foi iniciada com a emissão de um Relatório denominado *Movimento Diário de Dispensa* com data inicial 01/06/2009 e data final 30/06/2009, *Relatório* que lista todas as dispensas (Nome Paciente, Medicamento e Quantidade dispensada) efetuadas no período informado e a partir desse *Relatório* foi realizado em seguida um levantamento nos prontuários para verificar se os referidos pacientes estavam sendo acompanhados pelo Plano Individual Farmacêutico (PIF).

Após identificar os 105 pacientes que estavam sendo acompanhados pelo PIF por um período de 12 meses consecutivos, foram realizadas duas outras consultas no SICLOM, na opção *Cadastro de Usuário SUS* para verificação das informações sócio-demográficas e data início de tratamento e na opção *Relatório Histórico de Dispensas* foi verificada a história de esquemas terapêuticos utilizados por cada paciente desde o início do cadastro no SICLOM.

Os prontuários também foram consultados novamente para coleta de informações sobre os Resultados dos exames: Quantificação de Carga Viral HIV-1 e Contagem de Linfócitos T CD4+ antes do PIF e Quantificação de Carga Viral HIV-1 e Contagem de Linfócitos T CD4+ após 12 meses de aplicação do PIF. Nesse período de 12 meses, a periodicidade de repetição dos referidos exames foi em intervalos de quatro meses conforme as Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV/2008-Ministério da Saúde.

Os referidos exames foram realizados pelo Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) de Alagoas, Laboratório de Referência, vinculado a Secretaria Estadual de Saúde. Para o exame de Quantificação de Carga Viral HIV-1 foi utilizada a Técnica: b-DNA, tendo como referência: Limite mínimo de detecção: 50 cópias/mL (carga viral indetectável) e Limite máximo de detecção: 500.000 cópias/mL e para o exame Contagem de células Linfócitos T CD4+ foi empregada a Técnica: Citometria de Fluxo/ Fasccalibur-Multitest, ambas as Técnicas são recomendadas pelo Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais.

#### **4.9 Organização e análise dos dados**

Os dados foram organizados em uma Planilha do Programa Excel 2007. Os testes estatísticos foram realizados com auxílio dos softwares SPSS (Statistical Package for Social Sciences) e Prisma 5.0.

Foram utilizados o Teste McNemar e o Teste t Student para verificar as associações entre as variáveis estudadas.

Aplicou-se o teste de McNemar para comparar as proporções de carga virais indetectáveis obtidas antes e depois da aplicação do Plano Individual Farmacêutico. O teste t foi aplicado para comparar as médias de contagem de células T CD4+ obtidas antes e depois da aplicação do Plano Individual Farmacêutico.

#### **4.10 Aspectos éticos**

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, com base no parecer do processo nº 026101/2008-17 atendendo a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Fizeram parte do estudo aqueles pacientes que, após esclarecimentos sobre os objetivos do estudo concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE F).

## 5 RESULTADOS

Dos 288 pacientes identificados no *Relatório Movimento Diário de Dispensas/SICLOM* que receberam medicamentos antirretrovirais no mês de junho de 2009, 97 (33,7%) pacientes foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão estabelecidos, 86 pacientes (29,84%) por serem atendidos pelo turno manhã não foram acompanhados pelo Plano Individual Farmacêutico, resultando em uma amostra de 105 pacientes (36,46%) que foram submetidos a um Plano Individual Farmacêutico por um período de 12 meses.

A TABELA 1 mostra as características sociodemográficas dos pacientes incluídos no estudo, (52,4%) eram do sexo masculino, idade dos pacientes variou de 21 a 64 anos com mediana de 42 anos. Também se constatou que a maioria era parda (78,1%) e que (52,4%) eram solteiros. Quanto aos anos de estudo, (38,1%) apresentaram escolaridade de 4 a 7 anos e a maioria residiam na capital (79%).

TABELA 1. Distribuição dos pacientes acompanhados por um Plano Individual Farmacêutico, segundo as características sociodemográficas. Maceió-Alagoas, 2010.

Variáveis	N=105	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	55	52,4
Feminino	50	47,6
<b>Idade em anos</b>		
20-29	11	10,48
30-39	33	31,43
40-49	33	31,43
50 anos ou mais	28	26,66
<b>Raça/ Cor</b>		
Preta	02	1,9
Branca	21	20,0
Parda	82	78,1
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	55	52,4
Casado	23	21,9
União Estável	17	16,2
Viúvo	10	9,5
<b>Escolaridade</b>		
Nenhuma	8	7,6
1 a 3 anos	29	27,6
4 a 7 anos	40	38,1
8 a 11 anos	24	22,9
De 12 anos a mais	4	3,8
<b>Residência</b>		
Capital	83	79,0
Interior	22	21,0

Fonte: [https://www.siclom.aids.gov.br/principal.asp#/PAM\\_Salgadinho](https://www.siclom.aids.gov.br/principal.asp#/PAM_Salgadinho), Maceió-Alagoas

Quanto às características clínicas (70,5%) já tinham iniciado o tratamento há mais de um ano, entre estes (8,6%) já tinham utilizado vários esquemas de antirretrovirais no decorrer do tratamento. O esquema mais prescrito para o tratamento medicamentoso dos portadores HIV/aids foi a combinação de dois Inibidores de Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos a um Inibidor de Protease reforçado com Ritonavir (2 ITRN + IP/r). As comorbidades mais apresentadas pelos pacientes (9,5%) foram transtornos psiquiátricos (depressão, ansiedade e pânico) e nos 12 meses que os pacientes foram acompanhados pelo PIF, somente 01 paciente (0,95%) foi internado tendo como motivo cirurgia para retirada de um tumor benigno, (TABELA 2).

TABELA 2. Distribuição dos pacientes acompanhados por um Plano Individual Farmacêutico, segundo as características clínicas. Maceió-Alagoas, 2010.

Variáveis	N=105	%
<b>Tempo de Tratamento/Ano</b>		
< 1 Ano	31	29,5
> 1 Ano	74	70,5
<b>Esquemas</b>		
2 ITRN + IP	5	4,8
2 ITRN + ITRNN	26	24,7
2 ITRN + IP/r	74	70,5
<b>Multiexperimentado</b>		
Sim	9	8,6
Não	96	91,4
<b>Comorbidades</b>		
Câncer	3	2,8
Hipertensão	5	4,8
Diabetes Melittus	5	4,8
Dislipidemias	6	5,7
Transtornos Psiquiátricos	10	9,5
Não apresentaram	76	72,4
<b>Emergência/Hospitalização</b>		
Sim	1	0,95
Não	104	99,05

Contata-se que o Sistema Logístico de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) utilizado mais na prática para verificação de estoque dos antirretrovirais pode ser também utilizado para verificação de informações que repercutam num melhor cuidado do paciente.

Foram encontradas 1426 intervenções farmacêuticas que estavam registradas nos prontuários, sendo que a média foi de 13 intervenções farmacêuticas por paciente ao ano. Tais intervenções foram realizadas durante a consulta com o Farmacêutico.

Destas intervenções foram realizados, 420 encaminhamentos para o médico assistente infectologista com as seguintes justificativas: 1) encaminhamento para a consulta de rotina; 2) avaliação da terapia antirretroviral prescrita devido aos problemas de intolerância/intoxicação, contra-indicação, falência terapêutica e armazenamento; 3) solicitação de exames necessários ao monitoramento do tratamento e da adesão terapêutica, além do relato de queixas que o paciente esqueceu ou omitiu durante a consulta médica. A média dessa referida intervenção

foi de 04 encaminhamentos por paciente para o infectologista ao ano, e os demais encaminhamentos foram direcionados para o psicólogo e outras especialidades médicas (TABELA 3).

Quanto às orientações individuais sobre o uso correto, conservação e transporte dos medicamentos antirretrovirais, foram realizadas 490 orientações, a maioria foi relacionada a duas informações: motivo da utilização de cada medicamento prescrito no tratamento e modo de utilização, que consiste em orientar o usuário quanto ao uso adequado dos medicamentos (TABELA 3).

Os motivos para as trocas de esquemas foram os eventos adversos aos antirretrovirais, falência terapêutica, contra indicação em gestantes, interações medicamentosas e armazenamento inadequado. Em 22 prontuários foram registrados orientações sobre a coleta de exames laboratoriais (TABELA 3).

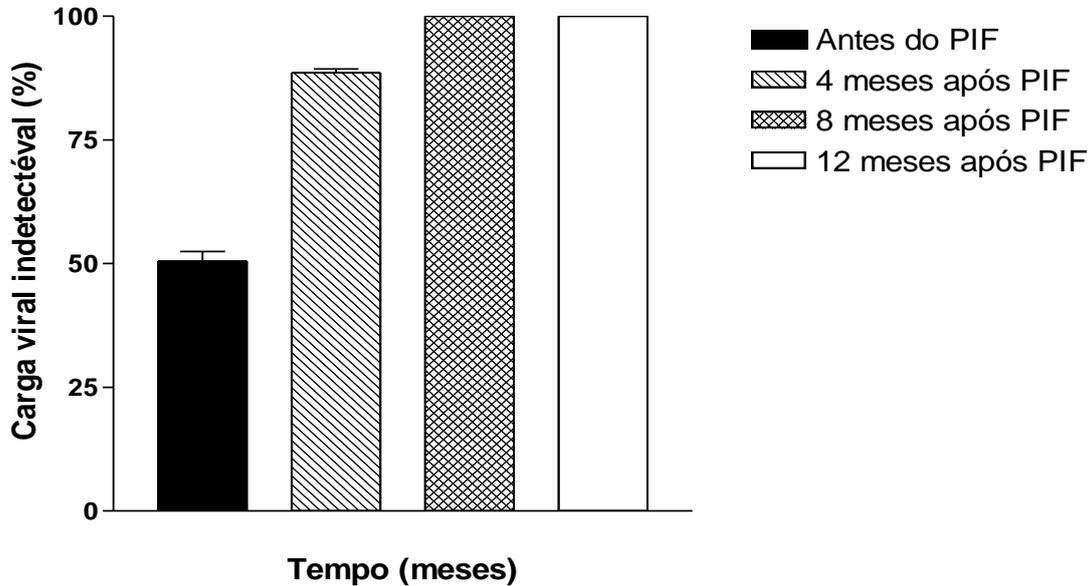
Todos os 105 pacientes receberam orientações sobre práticas saudáveis de vida e também receberam o Certificado de Parabéns.

TABELA 3. Tipos e quantidades de intervenções farmacêuticas realizadas a partir de um Plano Individual Farmacêutico. Maceió-Alagoas, 2010.

<b>TIPOS DE INTERVENÇÕES</b>	<b>N= 1426</b>
Encaminhamentos para outros profissionais da equipe	662
Orientações individuais sobre o uso correto, conservação e transporte dos antirretrovirais e outros medicamentos	490
Aconselhamento sobre alimentação e práticas saudáveis de vida	105
Trocas de esquemas	42
Orientações sobre coleta de exames	22
Certificado de Parabéns	105

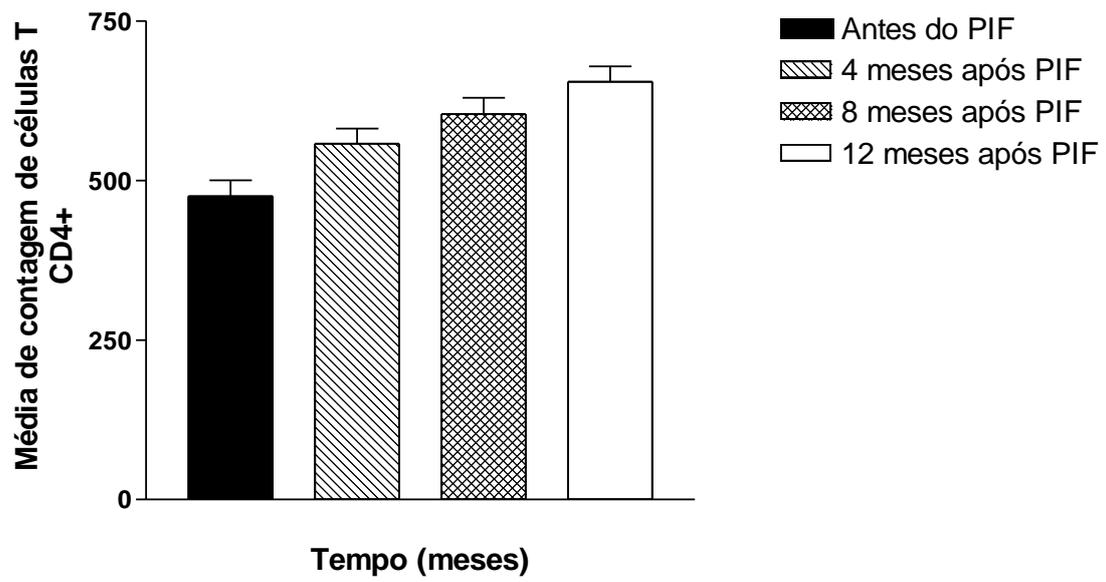
Os resultados dos exames laboratoriais disponíveis nos prontuários mostraram que no tempo zero antes da aplicação do Plano Individual Farmacêutico a proporção de pacientes com Carga Viral indetectável (< 50 cópias /mL) foi de 50,5% e nos quatro meses após a aplicação do PIF 88,6% dos pacientes apresentaram carga viral indetectável e nos meses oitavo e 12º de

acompanhamento, todos os 105 pacientes permaneceram indetectáveis (< 50 cópias mL) após a aplicação do Plano Individual Farmacêutico (GRÁFICO 1). Estes resultados apresentaram significância estatística com um  $P=0,000$ .



**GRÁFICO 1.** Distribuição da amostra, segundo a avaliação de obtenção de carga viral indetectável antes e depois da aplicação do Plano Individual Farmacêutico. Maceió-Alagoas, 2010.

No que se refere aos resultados do exame contagem de células T CD4+ a média de células T CD4+ antes do PIF foi de (475,30). Quatro meses após PIF (557,73), oito meses após PIF (604,16) e 12º meses após PIF foi de 654,70 (GRÁFICO 2). Estes resultados apresentaram significância estatística com um  $P=0,000$ .



**GRÁFICO 2.** Média de células T CD4+ antes e após a aplicação do Plano Individual Farmacêutico. Maceió-Alagoas, 2010.

## 6 DISCUSSÃO

O Plano Individual Farmacêutico demonstrou através dos achados encontrados nesse estudo, resultados bastante positivos, uma vez que, o estudo foi concluído com todos os participantes, demonstrando uma contribuição significativa no fortalecimento do vínculo entre os usuários, o Serviço de Assistência Especializada e a Unidade Dispensadora de Medicamentos. Tal resultado corroborou com o estudo de (CARACIOLO, 2010) que caracterizou as atividades para a melhoria da adesão a terapia antirretroviral em serviços públicos no estado de São Paulo. Para o autor, o trabalho de adesão deve contemplar o vínculo das pessoas que vivem com HIV/aids com o serviço de saúde.

Em outro estudo, os resultados demonstraram que a adesão pode aumentar ou não, dependendo do atendimento recebido pelos pacientes por profissionais de saúde e da capacitação que estes possuem para lidar com as necessidades dos pacientes (NARCISO e PAULILO, 2003).

As características sociodemográficas na TABELA 01 foram compatíveis com as tendências epidemiológicas nacionais, tais como feminilização da aids, maioria de cor parda, faixa etária com grande amplitude e predomínio de pessoas com baixa escolaridade (BRASIL 2006b; 2010b).

Os achados clínicos apresentados na TABELA 2 sobre os esquemas de tratamento quando comparados com o estudo de Sampaio-Sá et al. (2008) realizado no ano de 2006 foram diferentes. O referido estudo identificou que dos 107 pacientes participantes do estudo, 33% fizeram uso da combinação 2 ITRN + 1 ITRNN, 40 % 2 ITRNN + IP e 34% utilizaram a combinação 2 ITRNN + IP/R. Os referidos resultados podem ser justificados pelas modificações das Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos/2008-Ministério da Saúde, que recomenda a combinação ITRN + IP/r como esquema preferencial. Quanto ao número de pacientes multiexperimentados, estudos apontam para possíveis riscos de resistência após início da terapia sem adesão terapêutica na prática clínica (PILLAY et al., 2008; PHILLIPS et al., 2007).

Em relação ao percentual de comorbidades, principalmente as neuropsiquiátricas e as endócrinas metabólicas encontradas neste estudo foi condizente com os resultados de Lazarani, (2009).

Quanto ao número de internações observado neste estudo corroborou com os resultados do estudo de DOURADO et al., 2006, esse estudo concluiu que ocorreu diminuição no número de internações hospitalares entre os usuários em terapia antirretroviral. Esses resultados comprovam e reforçam a eficácia dos antirretrovirais no controle viral do HIV possibilitando aos pacientes viver com qualidade de vida.

Todas as intervenções farmacêuticas apresentadas na TABELA 3 foram aceitas pela equipe multidisciplinar e pelos pacientes, significando que o processo do cuidado e da adesão são frutos do trabalho da equipe multidisciplinar e também da participação dos pacientes (CARACIOLO, 2010). As intervenções confirmam que as pessoas vivendo com HIV /aids não têm apenas o HIV, mas um conjunto de problemas e que suas necessidades de cuidado e de tratamento devem ser avaliadas e monitoradas individualmente e continuamente pela equipe multidisciplinar (BONOLO et al., 2007).

Neste estudo foi observado que o maior número de intervenções que envolvia a equipe multidisciplinar se direcionou para o profissional infectologista, seguido do psicólogo, assistente social, dermatologista, ginecologista, enfermeira e dentista. Esse número de intervenções junto ao infectologista foi devido à identificação de problemas relacionados à terapia antirretroviral.

Ao avaliar a integralidade da atenção à saúde de pessoas vivendo com HIV/ais, BORGES (2010) concluiu que, a complexidade da atenção a essas pessoas exige o estabelecimento de estratégias para a integração e funcionamento interdisciplinar da equipe, tal conclusão corrobora com os achados deste estudo.

As orientações individuais sobre o uso correto de medicamentos a partir do acompanhamento pelo Plano Individual Farmacêutico foram fundamentais para a identificação de vulnerabilidades e fragilidades específicas a adesão ao tratamento. Tais orientações foram repassadas de forma simples e criativas, oportunizando aos pacientes conhecimentos essenciais que proporcionaram uma melhor adesão dos participantes tanto ao tratamento antirretroviral como ao Plano Individual Farmacêutico.

Os conhecimentos que os pacientes adquiriram participando do Plano Individual Farmacêutico permitiram que os mesmos participassem mais ativamente do seu processo de cuidado e de tratamento.

Em um estudo que avaliou o acompanhamento farmacoterapêutico a pacientes usuários de Enfuvirtida, concluiu que o acompanhamento farmacoterapêutico individualizado pode proporcionar uma melhor adesão ao tratamento e uma melhor confiança no profissional que esta cuidando dele (SOUZA, 2010).

O Aconselhamento sobre alimentação e práticas saudáveis de vida para as pessoas vivendo com HIV/aids foi feito baseado nas orientações de guia e de manual sobre o tema, que foram disponibilizados pelo Ministério da Saúde para os serviços. Tais orientações utilizadas neste aconselhamento também foram repassadas individualmente e adaptadas para uma linguagem simples e criativa considerando as particularidades de cada paciente. É necessário adequar uma linguagem, a partir da condição de percepção e conhecimento do paciente para reforçar sua capacidade de compreensão em relação a adesão ao seu tratamento (CARACIOLO, 2010).

As intervenções farmacêuticas que solicitavam mudanças de esquema terapêutico contribuíram para o cumprimento das Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV/2008 (BRASIL, 2008b). E também para reforçar a confiança dos pacientes e dos demais profissionais de saúde no papel do farmacêutico, uma vez que, os participantes deste estudo buscaram na comunicação com o farmacêutico uma referência na identificação e solução dos problemas relacionados ao seu tratamento. Estudos têm mostrado que a participação do profissional farmacêutico no processo de cuidado do paciente deve promover melhores resultados de adesão e menores custos nos casos de doenças crônicas e de alto custo (NICHOLS-ENGLISH; PORIER, 2000; WHO, 2003; CIPOLLE et al., 2006; GOMES et al., 2007).

As intervenções sobre exames laboratoriais foram orientações voltadas para o conhecimento de procedimentos antes da coleta e importância dos mesmos para acompanhamento clínico e terapêutico dos pacientes. A realização de exames,

pode ser uma forma de avaliar a atitude do paciente na perspectiva de adesão ao tratamento e não somente aos remédios (SILVEIRA; RIBEIRO, 2005);

Ainda em relação às intervenções farmacêuticas, o Certificado de Parabéns foi um tipo de intervenção pioneira na humanização do cuidado voltado para as pessoas vivendo com HIV/aids. Também inédito na motivação, pois reconheceu o esforço do paciente em melhorar a sua condição de saúde, seja cumprindo recomendações da equipe de saúde ou mesmo vencendo dificuldades relacionadas com seu processo de tratamento e também porque reafirmou o compromisso do profissional farmacêutico em cuidar continuamente do paciente. Tais esforços motivaram a equipe multidisciplinar a retomarem os cuidados, principalmente com os pacientes que apresentavam histórico de difícil adesão ao tratamento.

Tais intervenções corroboram com o estudo no qual defende que a motivação e a humanização são fatores de extrema importância para a recuperação do paciente, pois pode aumentar a adesão e comprometimento do paciente com o seu cuidado (SOLLER et al., 2004),

Os resultados dos exames laboratoriais: Carga Viral indetectável (< 50 cópias/mL) e média de células T CD4+ demonstrados nos GRÁFICOS 1 e 2 realizados no período do seguimento demonstraram que o Plano Individual Farmacêutico como uma estratégia multidisciplinar melhorou de forma concreta a adesão terapêutica, a supressão viral e imunológica.

A obtenção de carga viral indetectável apresentada no GRÁFICO 1 foi verificado em todos os participantes deste estudo após o oitavo mês de acompanhamento.

Apesar de alguns estudos (HORBERG et al., 2007; SAMPAIO-Sá, et al., 2008; SILVEIRA, 2009; Ma, et al., 2010) apresentaram um percentual de obtenção de carga viral com significância estatística, os resultados encontrados a partir da aplicação do Plano Individual Farmacêutico demonstraram que o percentual de carga viral obtido foi superior quando comparados a esses estudos.

No que se refere aos resultados do exame contagem de células T CD4 +, a média de contagem células T CD4+ foi maior após aplicação do PIF quando

comparada com a contagem de células T CD4+ antes da aplicação do Plano Individual Farmacêutico (GRÁFICO 2).

Ao se verificar carga viral menor do que 50 cópias mL (carga viral indetectável) em todos os pacientes que foram submetidos ao Plano Individual Farmacêutico também se observou que progressivamente houve um aumento na média de células T CD4+ durante os 12 meses de acompanhamento. Tais resultados corroboram com outros estudos (CODINA, 2004; HORBERG et al., 2007; SAMPAIO-Sá, 2008; Ma, et al., 2010) que também apresentaram significância estatística na média de contagem de células CD4+.

## **7 CONCLUSÃO**

Pode-se concluir que as intervenções realizadas a partir do Plano Individual Farmacêutico permitiram a identificação e a solução de problemas de acordo com as necessidades individuais dos pacientes.

As intervenções farmacêuticas também contribuíram para a melhoria do cuidado e da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids, além melhorar a adesão ao tratamento.

O Plano Individual Farmacêutico oportuniza aos profissionais de saúde que cuidam de pessoas que vivem com HIV/aids uma estratégia inovadora para um trabalho integrado com a equipe multidisciplinar na busca da melhor alternativa para o cuidado ao paciente. É um Plano de fácil aplicabilidade e de baixo custo, que pode ser reproduzido, inclusive para o acompanhamento de diversas outras doenças crônicas.

## REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 72, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS-PNPIC-SUS**. p. 10-23 Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico Aids**, ano III, nº1. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV/Aids**. Brasília, p.5, 2007. Disponível em <http://aids.gov.br/pagina/publicações>. Acesso em: 06 de jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília, 132 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Manuais, n. 84), 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV 2008**. Brasília, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Adesão ao tratamento anti-retroviral no Brasil: coletânea de estudos do Projeto Atar: **Projeto Atar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde. 408 p.: il.-(Série B. Textos Básicos de Saúde), p. 394, 2010. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/publicacoes>. Acesso em: 02 de dez. 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Versão Preliminar Boletim epidemiológico Aids**, ano VII, nº1 26 a 52 semanas epidemiológicas-julho a dezembro de 2009. 01 a 26 semanas epidemiológicas-janeiro a junho de 2010, 21p, 2010b.

BRASIL. **Protocolo de assistência farmacêutica em DST/HIV/Aids: recomendações do Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica**. Brasília, DF, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos), p. 15-21, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde Departamento de Aids e Hepatites Virais. **Acesso universal no Brasil Cenário atual, conquistas, desafios e perspectivas**, p. 31-32. 2010d. Disponível em: <http://aids.gov.br/pagina/publicacao>. Acesso em: 22 de dez. 2010.

BONOLO, P. F. et al . Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/Aids): fatores associados e medidas da adesão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n. 4, p. 9, 2007. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v16n4/v16n4a05.pdf>. Acesso em:01 de dez. 2009.

BARTLETT, J. A. Addressing the challenges of adherence. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 29, p.1-5.Suppl. 1, 2002.

BARTLETT, J. A. et al. **A Guide to Primary Care for People with HIV/Aids**. Department of Health and Human Services /Health Resources and Services Administration. 2004. Disponível em: <http://hab.hrsa.gov/tools/primarycareguide/PCGchap1.htm>. Acesso em: 21 de Nov. de 2010.

BERG, Karina M.; ARNSTEN, Julia H. Practical and Conceptual Challenges in Measuring Antiretroviral Adherence. **J Acquir Immune Defic Syndr.**, p 79-87, 2006.

BORGES, M. J. L. **Integralidade da atenção à saúde das pessoas vivendo com HIV/Aids: uma avaliação de serviços de assistência especializada**. Dissertação (Mestrado profissional em saúde pública)-Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 137f, 2010.

BRAWLEY, Lawrence. R.; CULUS-REED, Nicole. S. Studying adherence to therapeutic regimens: overview, theories, recommendations. **Controlled Clinical Trials**, 2000 [S.I.], v. 21, n. 5, p. 156-163. Supplement 1. 2000.

CODINA, et al. Evaluación de un programa de atención farmacéutica dirigido a mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. **FARM HOSP (Madrid)** Vol. 28. Supl. 1. pp. 19-26, 2004.

CARACIOLO, Joselita Maria Magalhães; SHIMMA, Emi. **Adesão-da teoria à prática. Experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo/** Centro de Referência e Treinamento DST/Aids, p. 148, 2007.

CONWAY, B. The role of adherence to antiretroviral therapy in management of HIV infection. **J Acquir Immune Defic Syndr.**, v. 45, Supplement 1, June 1, p. 4-5, 2007.

CORIN, E. La matrice sociale et culturelle de la santé et de la maladie , in : Evans R. G., Barer M. L. & Marmor T. R. (dir.), Être ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie, Les Presses de l' Université de Montréal / John Libbey Eurotext, 1996.

CIPOLLE, R. J. ; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **O Exercício do Cuidado Farmacêutico**-Tradução: Denise Borges Bittar, Revisão Técnica Arnaldo Zubioli-Brasília: Conselho Regional de Farmácia, 396p, 2006.

CARACIOLO, J. M de M. **Caracterização das atividades para a melhoria da adesão a TARV em serviços de saúde do SUS no Estado de São Paulo**, 2010, p.23. Dissertação (mestrado)-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010.

DOURADO, I. et al,. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia antirretroviral. **Rev Saúde Pública**, 40(Supl), p. 9-17, 2006.

FRIEDLAND G. H et al. Attaining higher goals in HIV treatment: the central importance of adherence. **AIDS**, p. 61-72, 1999.

GOMES, C. A. P. et al. **A assistência farmacêutica na atenção à saúde**. Belo Horizonte: Ed. FUNED, 70 p, 2007.

HELENA, E. T. de S., NEMES M. I. B., ELUF-NETO José. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. **Rev Saúde Pública**, p.764-76, 2010.

HORBERG, M. A. et al. Effect of clinical pharmacists on utilization of and clinical response to antiretroviral therapy. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 44, Issue 5, p. 531-539, 2007.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, vol. VIII (1): 48-70, p. 22 mar-jun. 2001.

LUCAS, G. M. ; CHAISSON R. E. ; MOORE R. D. Highly active antiretroviral therapy in a large urban clinic: risk factors for virologic failure and adverse drugs reactions **Ann Intern Med**, v.131, number 2, p.81-87, 1999.

LIMA, H. M. M. **Adesão ao Tratamento do HIV/AIDS por pacientes com aids, tuberculose e usuários de Drogas em São Paulo**. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, p.19, 2006.

LEVENTHAL, H. et al. Perceptions of Health and Illness: Current Research e Applications Singapore: **Harwood Academic Publishers**, p.19-46, 1997.

LAZARINI, F. M. Principais Comorbidades Identificadas entre pacientes com Lipodistrofia em Terapia Antirretroviral, p. 3-4, Anais do XVIII EAIC-30 de setembro a 2 de outubro de 2009.

MACHTINGER, Edward. L.; BANGSBERG, David. R. **Adherence to HIV Anti-retroviral Therapy in HIV**. 2006.

MESSIAS, J. HIV: SIDA: Desafios para adesão ao TARV. **Zambeze Jornal**, 2010.

MORAES, Antonio Bento Alves de; ROLIM, Gustavo Sattolo; COSTA JR., Aderson Luiz. O processo de adesão numa perspectiva analítico comportamental. **Rev. bras.ter. comport. cogn.**, São Paulo, v. 11, n. 2, dez. 2009.

Ma. A et al. Improving adherence and clinical outcomes through an HIV pharmacist's interventions, **AIDS Care**, p.4-5, 2010.

MITTY, J. A. et al. Directly observed therapy (DOT) for individuals' whit HIV: successes and challenges. **Med Gen Med.**, p.5-30, 2003.

NEMES, M. I. B. et al. Aderência ao tratamento anti-retroviral em AIDS: revisão da literatura médica. In: TEIXEIRA, P. R. et al. **Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo**. São Paulo: Nepaids, p. 5-25, 2000.

NICHOLS-ENGLISH, Gloria; PORIER, Sylvie. Optimizing adherence to pharmaceutical care plans. **J Am Pharm Assoc.** 2000.

NARCISO, Argéria Maria Serraglio; PAULILO, Maria Angela Silveira. **Adesão e AIDS: alguns fatores intervenientes.** Serviço Social em Revista / publicação do Departamento de Serviço Social, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Universidade Estadual de Londrina. vol. 4, n. 1 (Jul/Dez. 2001)-Londrina: Ed. UEL, 2003.

OGDEN, J. **Psicologia da Saúde.** 2ª ed. Lisboa, p. 39-78, 2004.

OLIVEIRA, K. G. **A Atuação do Enfermeiro frente à evolução do tratamento e prognóstico dos portadores HIV e Aids.** Revisão Bibliográfica. Trabalho de Conclusão do Curso (Graduação)-Faculdade de Saúde de São Paulo, p. 34, 2010.

OSTERBERG, Lars; BLASCHKE, Terrence. Adherence to Medication. **N Engl J Med** p.489, 2005.

PATERSON, D. et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. **Ann Intern Med**, [S.l.], v.133, n.1, p. 21-30, 2000.

PERNO, C. F. et al. Virologic correlates of adherence to antiretroviral medications and therapeutic failure. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, p. 120-122, 2002.

PHILLIPS, A. When should antiretroviral therapy for HIV be started? **BMJ**, p. 76-78. 2007.

PILLAY, D. et al. What is the risk of mortality following diagnosis of multidrug-resistant HIV-1? **Journal of Antimicrobial Chemotherapy**, p. 705–713, 2008.

RACHID, M; SCHECHTER, M. **Manual de HIV/AIDS.** 9º Edição Revista e Ampliada. Rio de Janeiro: Revinter, 2008.

ROCHA, G.M. **Monitoramento da adesão antiretroviral no Brasil: um desafio urgente.** Belo Horizonte, 2010. 112f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

SILVA, A. M. **Entre a cama e o ambulatório: a biomedicina e a vida sexual dos casais sorodiscordantes com HIV/Aids.** 2007. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

SILVA, M. H. et al. **Manual Boas Práticas de Adesão HIV/Aids.** São Paulo: Bristol-Myeres Squibb, p.7, 2008.

SANTOS, D. F. **A assistência às pessoas vivendo com HIV/Aids: aprendendo a cuidar do vírus ou da pessoa?** 2007. Tese (Doutorado)-Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 201 f, 2007.

SEIDL, E. M. F. et al. Pessoas vivendo com HIV/Aids: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 23, n.10, p. 2305-2316, 2007.

SILVEIRA, Lia Márcia Cruz da; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, 2005.

SILVEIRA, M. P. T. **Avaliação da efetividade da atenção farmacêutica sobre a adesão de pacientes HIV-positivos à terapia antirretroviral**, 138 f 2009. Tese (Doutorado)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

SOUZA, M. N et al. Acompanhamento Farmacoterapêutico a paciente usuários de Enfuvirtida. 2010. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, 2010;31(3):235-239,p. 238, 2010. Disponível em: [http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien\\_Farm/article/viewFile/1252/994](http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/1252/994).

SOLLER, A.P. S. C et al, 2004. Motivação e Humanização: fatores de relevância no tratamento terapêutico e na formação do profissional em reabilitação. Cardenos de Pós Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento. São Paulo, v. 4, n. 1p.13-24, 2004. Disponível em: [http://www.mackenzie.br/fileadmin/Pos\\_Graduacao/Mestrado/Disturbios\\_do\\_Desenvolvimento/Publicacoes/volume\\_IV/002.pdf](http://www.mackenzie.br/fileadmin/Pos_Graduacao/Mestrado/Disturbios_do_Desenvolvimento/Publicacoes/volume_IV/002.pdf)

SMTHI, R. J. Adherence to antiretroviral HIV drugs: can how many doses you miss before resistance emergency? **Proc R Soc.B**, p. 617-625, 2005.

SAMPAIO-Sá, M. et al. 100% adherence study: educational workshops vs. video sessions to improve adherence among ART-naïve patients in Salvador, Brazil. **AIDS Behav**, S54-S62, 2008.

TULDRÁ, A. et al. Prospective randomized two-arm controlled study to determine the efficacy of a specific intervention to improve long-term adherence to highly active antiretroviral therapy. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, p.221-228, 2000.

VITÓRIA, M. A. de A. **Conceitos e Recomendações Básicas para Melhorar a Adesão ao Tratamento Antirretroviral**. 2000. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/assistencia/adesaoarv.html](http://bvsms.saude.gov.br/assistencia/adesaoarv.html). Acesso em: 05 de jan. 2010.

WHO. Adherence to long term therapies: evidence for action. World Health Organization. Org. Eduardo Sabaté, p. 29, 2001.

WHO. Adherence to long term therapies: evidence for action. World Health Organization. Geneva, 211 p, 2003.



## APÊNDICE A- ENTREVISTA CLÍNICA

1. Nº do Prontuário:
2. Posso ajudá-lo? Necessita (precisa) de alguma coisa?
3. Como se sente?
4. Mesmo conversando com a equipe de profissionais que cuidam de você, você ainda tem alguma dúvida sobre seu problema, situação ou doença?
5. Você acha que tem esse problema, situação ou doença?
6. Como seria esse problema, situação ou doença dentro do seu corpo? (DESENHAR)
7. O que você faria para resolver esse problema, situação ou doença se dependesse de você?
8. Você sabe o que é Efeito Colateral?
9. Você sabe o que é Infecção Oportunista?
10. Você sabe o que Lipodistrofia?
11. Você acha que cuida bem do seu corpo? Se a resposta for SIM ou NÃO, diga por quê:
12. Você usa algum tipo de droga proibida?
13. Cigarro comum, você fuma? SIM ( ) Quantos ao dia? NÃO ( )
14. Você faz uso de bebida alcoólica? SIM ( ) Qual a frequência do uso? Quantos copos? NÃO ( )
15. O que é alimentação saudável para você?
16. Você acha que se alimenta bem? Se a resposta for SIM ou NÃO, diga por quê:



17. Você faz algum esporte ou exercício? SIM ( ) Qual? NÃO ( )
18. Você tem algum outro problema (queixa) sobre sua saúde?
19. Você já contou para seu médico sobre esse problema (queixa)? SIM ( ) E o que ele fez?  
Não ( ) Porque não contou para o seu médico?
20. Você tem feito sexo, se relacionado com alguém? SIM ( ) NÃO ( ) Por quê?
21. Você usa preservativo (camisinha)? Sempre usa ( ) Às vezes usa ( ) Nunca usa ( ) Não tem feito sexo ( )
22. Alguma vez a camisinha ou preservativo estourou, rasgou? SIM ( ) O que você fez?  
NÃO ( )
23. Você acha que sabe usar corretamente o preservativo (camisinha)? Se for SIM ( ), então mostre como você usa? (AULA EXPOSITIVA) NÃO ( )
24. Quando o sexo é anal (como costuma chamar), você usa algum produto? SIM ( )  
Qual? NÃO ( )
25. O que você sabe sobre os exames: Carga viral, CD4+?
26. Você sabe qual a importância de fazer os exames de Carga viral, CD4+ quando seu médico pede ou solicita?
27. Toda a equipe que cuida de você (enfermeiro, médico, nutricionista, assistente social, dentista, psicólogo, e farmacêutico) fala que você tem que ter ADESÃO, você sabe o que é ADESÃO?
28. Seu médico ou outro profissional (?) já orientou como você deverá usar seus remédios ou medicamentos? E como ele orientou você?



29. Você já entendeu porque tem de tomar esses remédios ou medicamentos?
30. Como você está tomando seus remédios ou medicamentos? Ou tomará? (em casos de mudança de esquema ou início de tratamento)
31. Os remédios ou medicamentos que você está tomando faz bem para você? Se a resposta for SIM ( ) ou NÃO ( ), diga por quê:
32. Se você não conseguir ou não quiser tomar seus remédios medicamentos, você sabe o que poderá acontecer?
33. Onde você costuma guardar seus remédios ou medicamentos?
34. Você costuma tomar seus remédios ou medicamentos com que?
35. Você acha difícil ou complicado fazer o que o seu médico ou outro profissional (?) ensinou ou orientou em relação ao seu tratamento?SIM ( ) Quais as dificuldades?Não ( )
36. Quando aparece algum outro tipo de problema de saúde, o que você faz para tratar ou resolver, quando você não conseguiu falar com seu médico?
37. E quando você reclama ou faz uma queixa para seu médico e ele diz: é assim mesmo, como você se sente?
38. Alguma situação ou problema poderia atrapalhar você na hora de tomar seus remédios ou medicamentos?
39. Em festas, final de semana e viagens como você toma seus remédios ou medicamentos?

Data do preenchimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Rubrica do Responsável pelo preenchimento\_\_\_\_\_

## APÊNDICE B-Ficha Individualizada



\*Nº do prontuário:

\*\* Ano de início TARV:

\*\* Exames início TARV: Carga Viral e CD4+

\*\* Multiexperimentado: Sim () Não ()

\* Esquema prescrito:

\*\* Mudança da TARV: Sim () Não ()

\* Genotipagem: Sim () Não ()

\*\* Regular na Dispensação: Sim () Não ()

\*Motivo para mudança:

\*Co-Infecções:

\*Queixas:

\*Infecções Oportunistas:

\*Em uso de esquema profilático:

\*Em uso de outros medicamentos:

\*Exames recentes de Carga Viral e CD4+:

\*Regular nas Consultas: Sim () Não ()

\*Regular nos Exames: Sim () Não ()

\* *Informações registradas no prontuário*

\*\**Informações registradas no SICLOM*



## APÊNDICE C- Registro de Orientações Farmacêuticas



Data do preenchimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Rubrica do Responsável pelo preenchimento \_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE D- Lista de pacientes em Seguimento que necessitam de reforço na adesão**



Data do preenchimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Rubrica do Responsável pelo preenchimento\_\_\_\_\_

**APÊNDICE E-Certificado de Parabéns**

## APÊNDICE F-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.” (Resolução. nº 196/96-IV, do Conselho Nacional de Saúde)

Eu, \_\_\_\_\_, tendo sido convidado (o, a) a participar como voluntário (o, a) do estudo, **“PLANO INDIVIDUAL DE ADESÃO: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NO CUIDADO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV E AIDS”**, recebido da Sra. Maire Rose de Sousa Silva, aluno do curso de Mestrado Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Alagoas, sob a orientação do Professor Dr. João Xavier de Araújo Junior da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

Que este estudo é para saber se um Plano Individual Farmacêutico poderá contribuir com a melhoria do cuidado de pessoas vivendo com HIV/aids cadastradas na Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) de um Serviço de Assistência Especializada em Doenças Sexuais Transmissíveis e Aids PAM Salgadinho;

Que este estudo é importante, pois contribuirá com medidas que poderão ser úteis no sentido de tornar o paciente aderente a terapia antirretroviral e melhorar as estratégias de cuidados já existentes;

Que este estudo poderá contribuir para a supressão máxima da carga viral (carga viral indetectável) e melhora da minha condição imunológica;

Que esse estudo poderá favorecer a adesão e conseqüentemente a melhoria da qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/aids;

Que com este estudo ficaremos sabendo qual o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes em tratamento antirretroviral cadastrados na UDM PAM Salgadinho;

Que esse estudo começará em março de 2009 e terminará em março de 2011;

Que o estudo será feito através da aplicação de uma Entrevista clínica no início do estudo, onde eu responderei as perguntas feitas pelos pesquisadores;

Que em seguida receberei orientações verbais e escritas sobre meu tratamento;

Que os pesquisadores anotarão na minha Ficha Individualizada e no meu Prontuário minhas necessidades e queixas relacionadas ao meu tratamento para que sejam amenizadas ou resolvidas pelos outros profissionais da equipe que cuidam de mim (Enfermeira, Infectologista, Psicólogo, Dermatologista, Farmacêutico, Nutricionista, Assistente Social, Dentista e Médicos de outras especialidades);

Que os outros meios conhecidos para se obter os resultados são através da coleta de dados relacionadas ao meu tratamento medicamentoso para controle do HIV no Prontuário arquivado no SAE PAM Salgadinho que sou atendido (a), nas informações contidas no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM-Ministério da Saúde), nas informações repassadas pelos profissionais de saúde e também em registros na Farmácia chamada UDM;

Que no final do estudo, caso eu tenha conseguido seguir a recomendações sobre meu tratamento ou vencido dificuldades receberei um Cartão Elogio;

Que esse Cartão será divulgado no meu Prontuário para que toda a equipe que cuida de mim tenha conhecimento que eu consegui sucesso no meu tratamento;

Que também na conclusão do estudo será perguntado a mim o que eu achei do Plano Individual Farmacêutico;

Que os incômodos que poderei sentir com a minha participação neste estudo são os seguintes: a não aceitação da minha doença, a não aceitação do meu tratamento, não ter equilíbrio mental para dividir meu problema, ter vergonha, culpa, medo e simplesmente querer guardar meu segredo. Em tais situações, eu posso pular e não responder a qualquer pergunta sem dar satisfações, ou mesmo interromper a entrevista sem qualquer explicação;

Que os possíveis riscos à minha saúde física e mental decorrentes da minha participação nesta pesquisa serão mínimos. Podendo haver alguns constrangimentos:

- a) Eu poderei sentir possíveis reações emocionais no período em que estarei sendo avaliado pelo estudo que poderão ser minimizadas ou resolvidas através de conversas com o farmacêutico e o psicólogo;
- b) Constrangimento de ser visto no local da pesquisa que será evitado porque será realizada em sala reservada com atendimento individualizado, assegurando e evitando a minha exposição ou do meu nome ou qualquer outro fator que possa me identificar;

Que posso ter qualquer informação ou esclarecimento sobre o estudo com os pesquisadores responsáveis pelo estudo;

Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente, são: ajudar os profissionais de saúde a criar estratégias para melhorar o cuidado e adesão ao tratamento e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/aids;

Que a minha participação será acompanhada mensalmente quando eu estiver recebendo meus medicamentos antirretrovirais ou outros medicamentos necessários ao meu tratamento;

Que, sempre que eu desejar será fornecido esclarecimento sobre cada uma das etapas do estudo;

Que eu não poderei ocultar ou mentir sobre o que me for perguntado pelos pesquisadores;

Que a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo;

Que minha participação na pesquisa será voluntária e não receberei nenhum valor em dinheiro ou quaisquer outras recompensas financeiras;

Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto;

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO.

Data:

Assinatura ou impressão digital do paciente:

Assinatura do entrevistador:

Assinatura do orientador do estudo: