



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA

**IMPLANTAÇÃO DO CUIDADO FARMACÊUTICO AOS
PACIENTES PORTADORES DE HIV/AIDS NO
MUNICÍPIO DE MARABÁ, ESTADO DO PARÁ.**

Jorgete Carneiro Chaves

BELÉM – PARÁ
2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA

**IMPLANTAÇÃO DO CUIDADO FARMACÊUTICO AOS
PACIENTES PORTADORES DE HIV/AIDS NO
MUNICÍPIO DE MARABÁ, ESTADO DO PARÁ.**

Autora: Jorgete Carneiro Chaves
Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Carolina Heitmann
Mares Azevedo Ribeiro;
Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ana Cristina Lo
Prete.

Dissertação de Mestrado submetida ao
Programa de Pós-graduação em Assistência
Farmacêutica do Instituto de Ciências da Saúde
da Universidade Federal do Pará, como
requisito parcial para obtenção do Título de
mestre em Assistência Farmacêutica.

BELÉM – PARÁ
2021

Jorgete Carneiro Chaves

**IMPLANTAÇÃO DO CUIDADO FARMACÊUTICO AOS
PACIENTES PORTADORES DE HIV/AIDS NO
MUNICÍPIO DE MARABÁ, ESTADO DO PARÁ.**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, como requisito parcial para obtenção do Título de mestre em Assistência Farmacêutica.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Carolina Heitmann Mares Azevedo Ribeiro (Orientadora)
Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, UFPA

Prof^a. Dr^a. Ana Cristina Lo Prete
Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, UFPA

Prof. Dr. Marcos Valério Santos da Silva
Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, UFPA

Prof^a. Dr^a. Márcia Cristina Monteiro Guimarães
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP

Aprovado em:

BELÉM – PARÁ

2021

AGRADECIMENTOS

À Deus, que sempre ilumina o caminho por onde vou.

Aos meus pais, que são minha fonte de força, luta, estímulo e admiração.

Aos meus filhos, João Pedro e Maria Júlia Carneiro Chaves, que são minha inspiração diária para querer ser sempre melhor.

Ao meu amado esposo, por sempre está ao meu lado me apoiando e me dando subsídios para tornar meus sonhos possíveis.

À minha orientadora e amiga, Carolina Heitmann Mares de Azevedo Ribeiro, que me incentivou a retornar às cadeiras acadêmicas e conduziu meus passos nesse trabalho científico.

À minha equipe do CTA/SAE Marabá, em especial à gerente Katiane Chaves e aos colegas farmacêuticos Andressa, Natallye e Zilvandro, que tornaram todo o trabalho possível.

A todos os docentes e aos amigos da 2ª turma do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica pela solidariedade e pela familiaridade, pois nos tornamos uma verdadeira família.

RESUMO

CHAVES, Jorgete Carneiro. *Implantação do Cuidado Farmacêutico aos Pacientes Portadores de Hiv/Aids no Município de Marabá, Estado do Pará*. Belém. 2020. 59fl. Qualificação (Mestrado Profissional em Assistência Farmacêutica) – Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Pará, Belém/PA.

Introdução: Com os avanços na tecnologia e sanção de legislações dos antirretrovirais, a infecção pelo HIV tornou-se uma doença crônica e controlável. Entretanto, o sucesso terapêutico requer níveis elevados de adesão ao tratamento, necessários para que ocorra a supressão da replicação viral e melhora imunológica e de outros desfechos clínicos; para a redução do risco de desenvolver resistência aos TARV; e para reduzir o risco de transmissão do vírus HIV, o que ainda é um grande desafio a ser vencido. Neste sentido, a implantação do cuidado farmacêutico (CF) pode contribuir como forma de obtenção de melhores desfechos clínicos e de diminuir os custos em saúde, avaliando multidisciplinarmente a farmacoterapia, visando minimizar o desenvolvimento de resistência e diminuindo o número de pacientes HIV-positivo. **Objetivo:** Implantar o cuidado farmacêutico aos pacientes portadores de HIV/AIDS no município de Marabá/PA e avaliar o impacto das intervenções farmacêuticas na evolução clínica e adesão do tratamento antirretroviral. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de intervenção do tipo pesquisa-ação, retrospectivo observacional na análise de prontuários para o levantamento de dados, antes da aplicação do cuidado farmacêutico e prospectivo com análise qualitativa e quantitativa, visando identificar a eficácia das intervenções farmacêuticas para a adesão e melhoria de saúde e qualidade de vida dos pacientes portadores HIV/Aids, no município de Marabá/PA. **Resultados:** No estudo retrospectivo realizado, identificou-se que dos 2.486 pacientes ativos no Centro de Testagem e Aconselhamento do Serviço de Atendimento Especializado de Marabá/PA (CTA/SAE MAB) 92% são maiores de 18 anos, desses, 58% são homens e 42% mulheres. Quanto aos indicadores farmacoterapêuticos, o esquema mais frequente e mais prescrito foi Dolutegavir com Tenofovir + Lamivudina. Na parte prospectiva, foram acompanhados 20 pacientes, incluídos no plano de cuidado farmacêutico, avaliados antes e depois das intervenções farmacoterapêuticas. A evolução foi avaliada pelo escore de conhecimento ao tratamento e grau de adesão, obtendo resultados de aumento de 80% do escore de conhecimento e de alto grau de adesão ao tratamento. **Conclusão:** A implantação do Cuidado Farmacêutico desde o início do tratamento contribui positivamente com o estímulo do autocuidado, melhorando o conhecimento sobre a doença, melhorando a aceitação da doença, os parâmetros laboratoriais e a adesão ao tratamento. **Produtos:** Elaboração de um protocolo de Procedimento Operacional Padrão (POP) que favoreça um trabalho interdisciplinar de cuidado à saúde de PVHA. **Aplicações esperadas (avanços):** Fortalecimento de Serviços de Cuidados Farmacêuticos no Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras Chaves: Cuidado Farmacêutico, HIV, AIDS, Farmacoterapia, SUS.

ABSTRACT

CHAVES, Jorgete Carneiro. *Implantation of Pharmaceutical Care for HIV / AIDS Patients in the Municipality of Marabá, State of Pará*. Belém. 2020. 59 f. Qualification (Professional Master in Pharmaceutical Assistance) - Postgraduate Program in Pharmaceutical Assistance, Health Sciences Center, Faculty of Pharmacy, Federal University of Pará, Belém / PA.

Introduction: With advances in technology and the sanction of antiretroviral laws, HIV infection has become a chronic and controllable disease. However, therapeutic success requires high levels of treatment adherence, which are necessary for suppression of viral replication to occur and for immunological improvement and other clinical outcomes; to reduce the risk of developing resistance to ART; and to reduce the risk of HIV transmission, which is still a major challenge to be overcome. In this sense, the implementation of pharmaceutical care (FC) can contribute as a way to obtain better clinical outcomes and to reduce health costs, multidisciplinary evaluating pharmacotherapy, aiming to minimize the development of resistance and reducing the number of HIV-positive patients. **Objective:** To implement pharmaceutical care for patients with HIV / AIDS in the municipality of Marabá / PA and to evaluate the impact of pharmaceutical interventions on clinical evolution and adherence to antiretroviral treatment. **Methodology:** This is an intervention research-action study, observational retrospective in the analysis of medical records for data collection, before the application of pharmaceutical and prospective care with qualitative and quantitative analysis, aiming to identify the effectiveness of pharmaceutical interventions for adherence and improvement of health and quality of life of patients with HIV / AIDS, in the municipality of Marabá / PA. **Results:** In the retrospective study carried out, it was identified that of the 2,486 active patients at the Testing and Counseling Center of the Specialized Care Service of Marabá/PA (CTA/SAE MAB) 92% are over 18 years old, of these, 58% are men and 42 % women. As for pharmacotherapeutic indicators, the most frequent and most prescribed regimen was Dolutegavir with Tenofovir + Lamivudine. In the prospective part, 20 patients were followed, included in the pharmaceutical care plan, evaluated before and after the pharmacotherapeutic interventions. The evolution was evaluated by the score of knowledge to the treatment and degree of adherence, obtaining results of an increase of 80% in the score of knowledge and a high degree of adherence to the treatment. **Conclusion:** The implementation of Pharmaceutical Care from the beginning of treatment contributes positively to the encouragement of self-care, improving knowledge about the disease, improving acceptance of the disease, laboratory parameters and adherence to treatment. **Products:** Elaboration of a Standard Operating Procedure (POP) protocol that favors an interdisciplinary health care work for PLWHA. Expected applications (advances): Strengthening Pharmaceutical Care Services in the Unified Health System (SUS).

Keywords: Pharmaceutical Care, HIV, AIDS, Pharmacotherapy, SUS.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Processo geral de cuidado farmacêutico baseado no método SOAP.	28
Figura 2	Dados Sociodemográficos relativos à idade dos pacientes ativos no serviço do SAE Marabá no ano de 2021.	31
Figura 3	Dados Sociodemográficos relativos ao sexo, maiores de 18 anos que estão ativos no serviço do SAE Marabá no ano de 2021.	32
Figura 4	Dados Sociodemográficos relativos ao local de residência no ano de 2021 dos pacientes ativos no serviço do SAE Marabá.	32
Figura 5	Dados Sociodemográficos relativos à etnia no ano de 2021 dos pacientes ativos no serviço do SAE Marabá.	33
Figura 6	Dados Sociodemográficos relativos ao estado civil no ano de 2021 dos pacientes ativos no serviço do SAE Marabá.	34
Figura 7	Dados Sociodemográficos relativos à ocupação no ano de 2021 dos pacientes ativos no serviço do SAE Marabá.	34
Figura 8	Dados Sociodemográficos relativos à escolaridade no ano de 2021 dos pacientes ativos no serviço do SAE Marabá.	35
Figura 9	Levantamento de dados de pacientes ativo no serviço do SAE Marabá, nos anos de 2018, 2019 e 2020.	36
Figura 10	Levantamento de dados de pacientes em abandono de tratamento no serviço do SAE Marabá, nos anos de 2019 e 2020.	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Dados Sociodemográficos dos pacientes ativos no SICLOM.	30
Tabela 2	Dados Laboratoriais e utilização de antirretrovirais pelos pacientes do Grupo 1 atendidos no SAE Marabá.	38
Tabela 3	Posologia dos antirretrovirais de uso adulto prescritos no SAE Marabá agrupados por classes terapêuticas.	41
Tabela 4	Esquema de ARV prescritos no SAE Marabá agrupados por classe terapêutica.	42
Tabela 5	Esquemas terapêuticos de primeira escolha e alternativos para adultos em início de tratamento de HIV/Aids, de acordo com o estado de saúde do paciente.	43
Tabela 6	Esquema terapêutico por paciente, incluído no estudo, em tratamento de HIV/Aids (Grupo 1) no SAE Marabá.	44
Tabela 7	Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM) encontrados no SAE Marabá.	45
Tabela 8	Intervenções e esquemas terapêuticos por paciente em início de tratamento de HIV/Aids (Grupo 2) no SAE Marabá.	46
Tabela 9	Interações Farmacoterapêuticas de pacientes em tratamento de HIV/Aids no SAE Marabá.	47
Tabela 10	Comparação de Carga Viral antes e depois da intervenção farmacoterapêutica aos pacientes em tratamento de HIV/Aids (Grupo 1) no SAE Marabá	48
Tabela 11	Evolução do resultado de adesão para pacientes em tratamento de HIV/Aids, antes e após acompanhamento farmacoterapêutico.	49
Tabela 12	Evolução do escore de conhecimento individual da TARV pelo teste MedTake antes e após intervenção farmacêutica em pacientes em tratamento de HIV/Aids (Grupo 1) no SAE Marabá.	50
Tabela 13	Análise do conhecimento individual da TARV pelo teste MedTake antes e após intervenção farmacêutica em pacientes em tratamento de HIV/Aids (Grupo 1) no SAE Marabá.	50
Tabela 14	Avaliação da adesão pelo teste Morisk Green em pacientes em tratamento de HIV/Aids (Grupo 1) no SAE Marabá.	51
Tabela 15	Classificação de Baixo Grau de Adesão pelo teste Morisk Green em pacientes em tratamento de HIV/Aids (Grupo 1) no SAE Marabá.	51

- Tabela 16** Análise do conhecimento individual da TARV pelo teste MedTake após intervenção farmacêutica aos novos casos de HIV/Aids (Grupo 2) no SAE Marabá. 52
- Tabela 16** Avaliação da adesão pelo teste Morisk Green aos novos casos de HIV/Aids (Grupo 2) no SAE Marabá. 52

LISTA DE ABREVIACOES, SIGLAS E SÍMBOLOS

ABC	Abacavir
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ARV	Antirretroviral
AZT	Zidovudina
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CF	Cuidado Farmacêutico
CV	Carga Viral
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DTG	Dolutegravir
EFZ	Efavirenz
ILTB	Infecção Latente de Tuberculose
INI	Inibidores de Integrase
IP	Inibidores de Protease
ITRN	Inibidores da Transcriptase Reversa Nucleosídeo
ITRNN	Inibidores da Transcriptase Reversa Não Nucleosídeo
HAART	Terapia Antirretroviral de Alta Eficácia
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MAB	Marabá, Pará
MS	Ministério da Saúde
NTX	Neurotoxoplasmose
NVP	Nevirapina
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em adultos
PN	Programa Nacional
POP	Procedimento Operacional Padrão
PRM	Problemas Relacionados a Medicamentos
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/ Aids
RNM	Resultados Negativos Associados aos Medicamentos
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SUS	Sistema nico de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDF	Tenofovir
T CD4+	Linfócito T auxiliar, célula T colaboradora
UDM	Unidade Dispensadora de Medicamentos
3TC	Lamivudina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 O CONTEXTO DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (HIV)	13
1.2 TERAPIA COM ANTIRRETROVIRAIS (TARV)	14
1.3 SERVIÇOS CLÍNICOS FARMACÊUTICOS	15
2 JUSTIFICATIVAS	20
3 HIPÓTESES	22
4 OBJETIVOS	23
4.1 OBJETIVO GERAL	23
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
5 METODOLOGIA	24
5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	24
5.2 LOCAL DA PESQUISA	25
5.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	25
5.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	25
5.5 ASPECTOS ÉTICOS	25
5.6 MÉTODOS	26
5.6.1 ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS PARA LEVANTAMENTO DE DADOS	26
5.6.2 CASUÍSTICA E DEFINIÇÃO DA AMOSTRA	26
5.6.3 PERÍODO DA PESQUISA	27
5.6.4 IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO FARMACÊUTICO (SF)	27
5.6.5 ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO	28
5.6.6 INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS	29
5.6.7 ADESÃO AO TRATAMENTO	30
5.7 ANÁLISE DE DADOS	30
6 RESULTADOS	31
6.1 LEVANTAMENTO DADOS DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	31
6.2 LEVANTAMENTO DE DADOS TERAPÊUTICOS E LABORATORIAIS	36
6.3 IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO CLÍNICO FARMACÊUTICO	40
6.4 ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO: AVALIAÇÃO INICIAL DA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL PRESCRITA	42
6.5 INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS	46
6.6 DADOS DE ADESÃO AO TRATAMENTO	50
7 DISCUSSÃO	54
7.1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	54
7.2 DADOS TERAPÊUTICOS E LABORATORIAIS	55
7.3 IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO CLÍNICO FARMACÊUTICO	57
7.4 INTERVENÇÕES E ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO.	58

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS	63
ANEXOS	69
ANEXO A: Carte de Aceite pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	70
ANEXO B: Carta de Aceite de Publicação de Artigo de Revisão Sistemática	74
ANEXO C: Artigo de Revisão Sistemática – Intervenções Farmacêuticas e seus desfechos em portadores de HIV/Aids em atendimento em média Complexidade	75
ANEXO D: Carta de Aceite de Publicação no Congresso Internacional de Farmácia Online (CONIFAR)	98
Anexo E: Artigo - Evaluation of Hiv Epidemiological Indices for the Implementation of Pharmaceutical Care in the Specialized Attention Service of the Municipality of Marabá / Pa	99
ANEXO F: Ficha de Avaliação sobre o conhecimento da Terapia Antirretroviral	100
ANEXO G: Ficha de Avaliação da Adesão da Terapia Antirretroviral	101
ANEXO H: Ajuste de dose de Antirretroviral de acordo com a função renal	102
ANEXO I: Ajuste de dose de Antirretroviral de acordo com a função hepática	103
ANEXO J: Tabela de Interações Medicamentosas da Terapia Antirretroviral	104
ANEXO K: Boletim Mensal para Avaliação e uso de medicamentos HIV/ AIDS	106
APÊNDICES	107
APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	108
APÊNDICE B: Ficha de característica Sociodemográfica	110

1 INTRODUÇÃO

1.1 O CONTEXTO DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (HIV)

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) causada pela infecção do vírus da imunodeficiência humana (HIV), foi identificado em 1981, e ainda hoje, constitui um sério problema de Saúde Pública em todo o mundo (BRASIL, 2016). A infecção pelo HIV/Aids faz parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças (Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016), sendo que a aids é de notificação compulsória desde 1986 e a infecção pelo HIV é de notificação compulsória desde 2014, tornando-se obrigatória a comunicação de ocorrência de casos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). De acordo com o Boletim Epidemiológico anual HIV/AIDS, do Ministério da Saúde, estima-se que aproximadamente 37 milhões de pessoas no mundo estejam infectadas com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). No Brasil em torno de 866 mil pessoas viviam com o HIV no ano passado, dos quais 84% (731 mil) estavam diagnosticadas, e 75% (548 mil) estavam em tratamento antirretroviral (BRASIL, 2017; DUNCOMBE et al, 2013).

Importantes avanços foram alcançados no Brasil, desde a descoberta da AIDS, com a sanção da Lei 9.313, de 13 de novembro de 1996, que dispõe sobre a obrigação do estado de distribuir, de forma universal e gratuita, os medicamentos para terapia antirretroviral (TARV) (BRASIL, 1996; AYRES, 2006). Especialmente com o advento da terapia antirretroviral de alta eficácia (HAART), a história natural da AIDS foi alterada, mudando o perfil da epidemia, resultando na melhora dos indicadores de morbidade, de mortalidade e de qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) (PRIMO, 2015). Em consequência, o Programa Nacional de DST/Aids (PN-DST/Aids) através do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a disponibilizar prevenção combinada e saúde reprodutiva das PVHA, procurando apresentar estratégias para compreensão do cuidado integral e enfrentamento da epidemia, com melhoria da oferta de serviços e da qualidade de assistência à saúde aos pacientes, tornando o Brasil um dos pioneiros a atestar pelo SUS o direito igualitário e universal de acesso a medicamentos para o tratamento de doenças oportunistas e antirretrovirais (ABRÃO et al, 2014).

Estas conquistas contribuíram para que a infecção pelo vírus HIV, na atualidade, se tornasse uma doença de caráter crônico e controlável, possibilitando a reinserção social das PVHA com a retomada nas rotinas diárias e profissionais (CARNEVALE, 2012). Entretanto, o sucesso terapêutico requer níveis elevados de adesão ao tratamento, com o uso diário e contínuo, na dose e hora certas, necessários para que ocorra a supressão da replicação viral e melhora imunológica e de outros desfechos clínicos; para a redução do risco de desenvolver resistência aos TARV; e para reduzir o risco de transmissão do vírus HIV, o que ainda é um grande desafio a ser vencido (WHO, 2014).

1.2 TERAPIA COM ANTIRRETROVIRAIS (TARV)

Conforme o protocolo clínico brasileiro para o manejo da infecção pelo HIV em adultos, atualizado em 2018, o início da Terapia Antirretroviral (TARV) é estimulado, independente da contagem de linfócitos T CD4+, na perspectiva de redução da transmissibilidade do HIV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Existem cinco classes principais de antirretrovirais (ARV) disponíveis e aprovadas pelo FDA ((Food and Drug Administration) para o tratamento do HIV, são os inibidores da transcriptase reversa nucleosídeos/nucleotídeos (ITRN); os inibidores da transcriptase reversa não nucleosídeos (ITRNN); os inibidores de protease (IP); os inibidores de integrase (INI) e os inibidores de entrada.

Os ITRN`s são pró-fármacos que após sofrerem fosforilação intracelular são convertidos no derivado 5'- trifosfato agindo como um inibidor competitivo ou um substrato alternativo da transcriptase reversa impedindo a síntese de DNA viral. Estes compostos são eliminados por excreção renal, podendo ser necessário troca de ARV ou ajuste de dose em pacientes com disfunção renal e, seus efeitos adversos podem incluir mielotoxicidade, lipoatrofia e toxicidade mitocondrial (HOFFMANN; ROCKSTROH, 2015).

Os ITRNN`s são metabolizados pelo citocromo P 450 e, da mesma forma que os análogos nucleosídeos o alvo dos ITRNN`s é a transcriptase reversa, entretanto são inibidores não competitivos que se ligam a um sítio alostérico da enzima inativando-a e não necessitam de ativação intracelular. Já os IP`s mimetizam peptídeos endógenos e

bloqueiam a ação da enzima protease do HIV, responsável pela clivagem da poliproteína gag-pol viral. Este bloqueio impede a produção de proteínas estruturais e funcionais da nova partícula de vírus, porém, seu uso contínuo está relacionado à lipodistrofia e dislipidemia (HOFFMANN; ROCKSTROH, 2015).

Os INI's atuam na inibição da integrase, que é uma das enzimas chave para a replicação do HIV, assim como a protease e a transcriptase reversa (HOFFMANN; ROCKSTROH, 2015).

A adesão pode ser compreendida como um processo dinâmico, multideterminado e de corresponsabilidade entre paciente e equipe de saúde, onde a PVHA não é um mero seguidor das orientações, mas entende e concorda com a prescrição recomendada (POLEJACK, 2010; BRASIL, 2010).

Diversos fatores podem afetar a adesão ao tratamento, incluindo a necessidade de tomar medicamentos de forma contínua, como ocorre em doenças crônicas, ter que visitar os serviços de saúde frequentemente para receber cuidado e retirar os medicamentos, viajar longas distâncias para chegar aos locais de atendimento e arcar com custos diretos e indiretos da assistência à saúde, além da difícil adaptação com a farmacoterapia, por se referir a um tratamento que não ocasiona a cura, mas prologa a vida (ARRONDO VELASCO, 2009; WHO, 2014). Avaliar a adesão ao tratamento e identificar potenciais pacientes não aderentes é uma tarefa difícil, a ser realizada pelos profissionais dos serviços de saúde que atendem pacientes que fazem tratamento antirretroviral e que dispensam os medicamentos (ORTEGO, 2011).

Outro aspecto importante da TARV que pode refletir na forma de utilização dos medicamentos pelos pacientes são os efeitos adversos do tratamento antirretroviral, mais comuns no início e troca de terapia. Os medicamentos são altamente efetivos quando utilizados de forma correta, entretanto, o uso inadequado pode levar ao desenvolvimento de resistência (THOMPSON, 2009).

A meta principal do tratamento é a supressão da carga viral das pessoas infectadas pelo HIV. Para tanto, estratégias de monitoramento e de melhorias, com o desenvolvimento de novas práticas profissionais, como por exemplo o acompanhamento farmacoterapêutico, com o objetivo de aumentar a adesão dos pacientes em uso de TARV têm sido constantemente propostas por parte dos serviços de atendimento especializado

(BONOLO, 2007; SILVA, 2008; BRASIL, 2018). Os serviços farmacêuticos otimizam, promovem a racionalidade e a segurança da farmacoterapia contribuindo com o processo de cuidado, apresentando melhores resultados clínicos, humanísticos e econômicos (MAGEDANZ, 2020).

Com base nisso, propõe-se a implantação do cuidado farmacêutico aos pacientes portadores de HIV/AIDS no município de Marabá/PA, como forma de obter melhores desfechos clínicos e de diminuir os custos em saúde, avaliando multidisciplinarmente a farmacoterapia, visando minimizar os Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM) e os Resultados Negativos associados aos Medicamentos (RNM), delimitando o desenvolvimento de resistência e diminuindo o número de pacientes HIV-positivo (ORTEGO, 2011).

1.3 SERVIÇOS CLÍNICOS FARMACÊUTICOS (SF)

Os serviços farmacêuticos (SF) podem ser entendidos como um conjunto de ações exercidas pelo farmacêutico ou sob sua supervisão, prestadas no decorrer das diversas atividades integrantes do campo da assistência farmacêutica, que podem estar dirigidos ao medicamento (aquisição, armazenamento, distribuição, estocagem, manipulação, garantia da qualidade, entre outros) e ao paciente (dispensação, aconselhamento farmacêutico, acompanhamento Farmacoterapêutico, detecção e notificação de reações adversas a medicamentos e a educação em saúde, entre outros) (MOULLIN et al, 2016).

O processo de implantação da assistência farmacêutica por meio do serviço farmacêutico clínico é uma ciência complexa que, utiliza habilidades de conhecimentos e atitudes clínicas a fim de melhorar o processo do uso de medicamentos e, por meio disso, otimizar desfechos clínicos e humanísticos do paciente a longo prazo (GARCIA-CARDENAS et al, 2019).

Historicamente, a Assistência Farmacêutica (AF) incluída por meio da publicação da Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998), foi consolidada pelas atividades de aquisição e distribuição relacionadas aos medicamentos no País. Mesmo após o aprimoramento da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, da qual os

serviços farmacêuticos fazem parte, formulada em 2004 (BRASIL, 2004a), muitos setores ainda consideram a AF apenas como um sistema logístico ou um sistema de apoio, e não como integrante do conjunto de ações e de serviços de saúde, na conjuntura do SUS (ANGELO, 2016).

Porém, com o desenvolvimento socioeconômico, o acesso à informação e a medicamentos sem prescrição médica, a pluralidade de prescritores de diferentes especialidades, a alta prevalência das condições crônicas e a polimedicação, criaram novas necessidades relacionadas aos medicamentos que os serviços de saúde atuais têm dificuldade em atender (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011). E, com a base do princípio da integralidade, uma das premissas da filosofia do Cuidado Farmacêutico, o paciente passou a ser visto como o sujeito que detém particularidades a serem respeitadas e consideradas, estabelecendo um plano de cuidado na perspectiva da lógica de produção de saúde colaborativa (TAVERES, 2020).

Dessa forma, compreende-se por Cuidado Farmacêutico toda atividade clínico-farmacêutica empreendida diretamente ao paciente com a finalidade de contemplar as necessidades referentes ao uso de medicamentos (MOULIN et al, 2016).

De acordo com o documento “Serviços farmacêuticos diretamente relacionados ao paciente, à família e à comunidade” do Conselho Federal de Farmácia (CFF), o cuidado farmacêutico é definido como:

Modelo de prática que orienta a provisão de diferentes serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade, visando à prevenção e resolução de problemas da farmacoterapia, ao uso racional e ótimo dos medicamentos, à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, bem como à prevenção de doenças e de outros problemas de saúde (CFF, 2016, p. 55).

O embasamento da prática do cuidado farmacêutico está presente na legislação pela Resolução/CFF nº 585, de 29 de agosto de 2013, foi inserida e estruturada na Atenção Básica, pelo Ministério da Saúde (MS) no ano de 2013, pelo compêndio “Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica”. Porém, o papel do farmacêutico, no contexto do cuidado multidisciplinar, ainda está negligenciado nas áreas de média e alta complexidade do atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) (ALCÂNTARA et al, 2016).

O cuidado farmacêutico, que engloba consultas farmacêuticas, o acompanhamento farmacoterapêutico, atividades educativas-pedagógicas, tem por objetivo não apenas a dispensação de medicamentos e manejo de problemas de saúde autolimitados, mas também, a educação e o rastreamento em saúde, visando a promoção e o uso racional de medicamentos, para melhor obtenção do processo de uso de medicamentos, resultados em saúde e a qualidade de vida (ROBERTS et al., 2003; GASTELURRUTIA et al., 2005; BRASIL, 2014a; CFF, 2016).

Para uma boa prática no processo do cuidado farmacêutico, o profissional precisa de um método clínico completo de atendimento aos pacientes, um sistema de registro confiável que abarque suas responsabilidades profissionais e seu amplo conhecimento (CORRER, OTUKI, 2013). Atualmente, os principais métodos de seguimento farmacoterapêutico utilizados na literatura para a documentação desse cuidado são: SOAP; PWDT; TOM; Dáder. Sendo o método de SOAP o mais usado para o ciclo de atendimento (TAVARES, 2020).

O método SOAP (do inglês, Subjective, Objective, AssessmentPlan), organiza as informações em dados subjetivos (S), objetivos (O), avaliação (A) e plano (P) (CFF, 2015). Cada termo se refere a uma parte do processo de atendimento do usuário, com atividades específicas a serem realizadas. O processo começa com o primeiro contato com o paciente, para que ocorra o registro das informações sobre uso de medicamentos e a relação com a enfermidade. As informações objetivas são as coletadas em concordância com sinais vitais, resultados de exames e testes laboratoriais. Na avaliação, é realizada a união dos dados e relacionados com os medicamentos e intervenções, por final tem o plano onde tudo será estabelecido para instaurar o cuidado, e dessa forma ocorre o ciclo de atendimento (HURLEY, 2004; ROVERS et al., 2003).

As boas práticas dos serviços farmacêuticos direcionados ao cuidado contribuem para reduzir os custos, otimizar prescrições, melhorar adesão ao tratamento, auxiliar no controle de reações adversas, e prevenir problemas relacionados ao processo de uso de medicamentos e erros de medicação (PAULINO et al, 2018; PEREIRA, 2018).

A implantação do cuidado farmacêutico aos pacientes portadores de HIV/AIDS no município de Marabá/PA, exige planejamento, organização e diálogo entre todos os profissionais envolvidos, porém, se faz necessário para a melhoria do serviço do processo do cuidado ao usuário do SUS, portador do vírus HIV, buscando ampliar a efetividade e qualidade na atenção prestada, buscando a redução da toxicidade associada ao tratamento medicamentoso, para melhorar a qualidade de vida do paciente e a adesão ao tratamento (WHO, 2014).

2 JUSTIFICATIVA

Com os avanços na tecnologia do tratamento e sanção de legislações de distribuição universal e gratuita dos medicamentos antirretrovirais (ARV) no Brasil, houve um aumento expressivo na expectativa de vida dos pacientes portadores de HIV/AIDS (BRASIL, 2016). Porém, somente a dispensação do medicamento para o paciente não é suficiente para obtenção de resultados satisfatórios no tratamento da doença (NUNES et al, 2015).

O paciente portador do vírus HIV só irá aderir à terapia antirretroviral (TARV) a partir de sua aceitação da doença e compreensão da importância da farmacoterapia para a sua vida. Para que essa aceitação ocorra, é necessário que o paciente tenha acesso a informações sobre a doença, ao tratamento a ser seguido, aos efeitos adversos causados por alguns medicamentos da terapia e sobre as mudanças na rotina e hábito de vida que deverão ocorrer (ROMEU et al, 2012). Neste sentido, a implantação do cuidado farmacêutico aos pacientes vivendo com HIV/AIDS, com participação ativa do farmacêutico em equipes multidisciplinares, realizando o plano de cuidados, contribui agregando valor aos serviços, cooperando para a promoção de saúde e promovendo o aumento crescente de adesão pelo paciente, favorecendo posteriormente até mesmo a implantação do consultório farmacêutico (SABERI et al, 2012). O farmacêutico pode atuar no acompanhamento de toda a trajetória do paciente quanto ao uso dos medicamentos, identificando os principais fatores de risco para a não adesão, prestando as informações necessárias sobre os medicamentos em uso e interações medicamentosas, ajudando e estimulando os pacientes no manejo de seu próprio tratamento (APOLLONI et al, 2014).

No município de Marabá, o atendimento de pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) é realizado no Serviço de Atendimento Especializado e Centro de Testagem e Aconselhamento (SAE/CTA - Marabá).

No ano de 2019 cerca de 1.960 (um mil novecentos e sessenta) pacientes estão ativos em uso de TARV e aproximadamente 580 (quinhentos e oitenta) estão em situação de abandono ao tratamento. Atualmente temos 2.486 pacientes ativos para 416 em abandono.

Neste contexto, acredita-se que a elaboração do presente estudo contribuirá para a implantação do Cuidado Farmacêutico no atendimento especializado deste município, trabalhando de forma integrada à equipe, possibilitando a melhoria da adesão ao tratamento e auxiliando na identificação, prevenção e resolução de problemas farmacoterapêuticos que influenciam no desfecho clínico, interferindo positivamente nos marcadores de uso de medicamentos, inclusive diminuindo as taxas de internação (MORIEL et al, 2011).

3 HIPÓTESES

- A Implantação do cuidado farmacêutico aos pacientes portadores de HIV/AIDS no município de Marabá/PA aumenta a adesão ao tratamento, ajudando na melhoria da expectativa e qualidade de vida e saúde dos pacientes.

- A Implantação do cuidado farmacêutico aos pacientes portadores de HIV/AIDS no município de Marabá/PA não aumenta a adesão ao tratamento, não ajuda na melhoria da expectativa e qualidade de vida e saúde dos pacientes.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral:

- Implantar o cuidado farmacêutico aos pacientes portadores de HIV/AIDS no município de Marabá/PA e avaliar o impacto das intervenções farmacêuticas na evolução clínica e adesão do tratamento antirretroviral.

4.2 Objetivos Específicos:

- Levantar e identificar os fatores sociodemográficos: gênero, faixa etária, município de residência associados a adesão ao tratamento ARV
- Implantar o consultório farmacêutico no serviço de atendimento especializado (SAE) do município;
- Realizar acompanhamento farmacoterapêutico em pacientes infectados pelo HIV;
- Avaliar a adesão dos pacientes ao TARV antes e após a implantação do serviço;
- Descrever e verificar a influência das intervenções farmacêuticas no estímulo à adesão da terapia medicamentosa;
- Avaliar o impacto dos serviços farmacêuticos na imunidade e replicação viral através da contagem de linfócitos T CD4+ e da quantificação da carga viral dos pacientes em acompanhamento;
- Elaborar um protocolo de Procedimento Operacional Padrão (POP) que favoreça um trabalho interdisciplinar de cuidado à saúde de PVHA.

5 METODOLOGIA

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de intervenção do tipo pesquisa-ação, retrospectivo observacional na análise de prontuários para o levantamento de dados, antes da implantação do cuidado farmacêutico e prospectivo com análise qualitativa e quantitativa, visando identificar a eficácia das intervenções farmacêuticas para a adesão e melhoria de saúde e qualidade de vida dos pacientes portadores HIV/Aids, no município de Marabá/PA.

A pesquisa iniciou com o levantamento bibliográfico e consulta a artigos científicos em bases de dados nacional e internacional, tais como Cochrane Library, Health Evidence, Health Systems Evidence, Biblioteca Virtual de Saúde, Scientific Electronic Library Online, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online e Google Scholar e sites governamentais, para a obtenção da relação de descritores em saúde relacionados ao tema pesquisado. Posteriormente, obteve-se acesso aos prontuários de atendimento e aos relatórios gerenciais do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), para coleta de dados iniciais.

5.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada por farmacêuticos que atendem na farmácia do Centro de Aconselhamento e Testagem e Serviço de Atendimento Especializado (CTA/SAE), que é um órgão público municipal, localizado no município de Marabá, na região sudeste do Estado do Pará. Essa instituição é referência no município para o atendimento em HIV/aids, atuando como Serviço de Atendimento Especializado (SAE) para as Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA), atendendo PVHA desse município e de regiões vizinhas, que abrange uma população em torno de quinhentas mil pessoas.

Somente as farmácias dos SAE credenciados são autorizadas a dispensar os medicamentos, sendo denominadas de Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM).

Este serviço garante as PVHA o direito de receber gratuitamente, pelo SUS os medicamentos.

5.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos no estudo pacientes com evidência laboratorial de infecção pelo HIV e/ou diagnóstico de Aids, com prescrição de TARV há pelo menos um ano antes do início do estudo, ambos os sexos, cadastrados no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM); atendidos no Centro de Aconselhamento e Testagem e Serviço de Atendimento Especializado (CTA/SAE – Marabá/PA); e que assinaram e concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). tempo verbal!

5.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos do estudo pacientes que não aceitaram participar da pesquisa, sem prescrição de TARV, não cadastrados no SICLOM e sem diagnóstico confirmatório de soropositividade para o HIV.

5.5 ASPÉCTOS ÉTICOS

O trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Pará, sob Parecer nº C.A.A.E 24769219.8.0000.0018 na data de 07 de janeiro de 2020, conforme preceitos das Normas de Pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde.

5.6 MÉTODOS

5.6.1 ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS PARA LEVANTAMENTO DE DADOS

Foi realizado um levantamento de dados: de características sociodemográfica e terapêuticas; de todas as dispensações de ARV obtidos a partir do SICLOM, que segue normas padronizadas pelo Programa Nacional de DST/aids e Hepatites Virais (PN-HIV/aids e HIV); e, foi realizado a análise de prontuários através da evolução de acompanhamento multiprofissional, dos pacientes atendidos na rotina da farmácia do CTA/SAE – Marabá/PA.

Nesta etapa, foram extraídos do SICLOM os dados sociodemográficos, incluindo idade, sexo, ano do diagnóstico de HIV, adesão ao tratamento, marcadores de Carga Viral e os medicamentos ARV's em uso, de cada paciente incluído no estudo. Desses mesmos pacientes foram coletados, de acordo com as evoluções descritas em prontuário pela equipe multiprofissional, os dados clínicos terapêuticos pertinentes, dados de CD4+ e CD8+, coinfeções e prescrições variadas. Todos os dados obtidos foram relacionados na ficha 1 (APENDICE B).

5.6.2 CASUÍSTICA E DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

Foi realizado, retrospectivamente, um levantamento de dados gerais para conhecimento da população atendida e análise das principais necessidades para o direcionamento do estudo.

Após a fase retrospectiva, foram convidados a participar do estudo indivíduos em dificuldade de adesão ao tratamento; pacientes aderentes, que mantinham alterações de Carga Viral; CD4+ menor que 350; reclamações de alterações renais e hepáticas; que relatavam efeitos colaterais com o uso do TARV ou dificuldade de adesão; e, pacientes em início de tratamento.

5.6.3 PERÍODO DA PESQUISA

O estudo foi iniciado em 04 de março de 2019, evoluindo até 31 de maio de 2021. A duração maior que um ano, prevista no início do estudo, ocorreu devido ao momento de pandemia pelo COVID-19 que vivemos no ano 2020 (e ainda estamos vivendo com maior flexibilidade). O serviço de implantação do cuidado farmacêutico que estava em andamento foi suspenso, a farmácia passou a ser novamente apenas uma unidade dispensadora, seguindo os protocolos de distanciamento.

5.6.4 IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS (SF)

A implantação de serviços farmacêuticos clínicos na farmácia do Centro de Aconselhamento e Testagem e Serviço de Atendimento Especializado (CTA/SAE) foi realizada seguindo o modelo de Moullin e Colaboradores (2016), decorrendo as etapas de descoberta; de exploração; de preparação; de teste; de operação; e sustentabilidade; descritos abaixo:

- **Descoberta:** Essa etapa foi utilizada para promover conhecimento sobre o serviço a ser implantado, bem como estimular o engajamento dos atores envolvidos nesse processo;
- **Exploração:** Nessa etapa foi realizado o mapeamento do que existe, e das condições, estrutura, materiais e processos existentes e necessários para que o serviço almejado fosse implantado com sucesso; nesse momento, a participação dos membros envolvidos foi de grande importância, para que se tratasse de um processo cocriativo;
- **Preparação:** A etapa que contempla todo o processo de elaboração do que é necessário para iniciar o serviço. Tal, perfaz tanto o processo de revisão de literatura, realizada para definição dos melhores instrumentos e processos a serem utilizados. Bem como o processo de capacitação da equipe envolvida no trabalho.
- **Teste:** Trata-se da etapa onde o serviço foi iniciado. Inclui também a avaliação do processo em tempo real, e a observância dos ajustes necessários para possibilitar melhoria constante do serviço;

- Operação: É a fase de amadurecimento da rotina dos serviços farmacêuticos em sua vivência prática;
- Sustentabilidade: Nessa última etapa o serviço por si próprio forma novos participantes através da formação prática, o serviço já se encontra implementado, padronizado e sustentável.

5.6.5 ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO

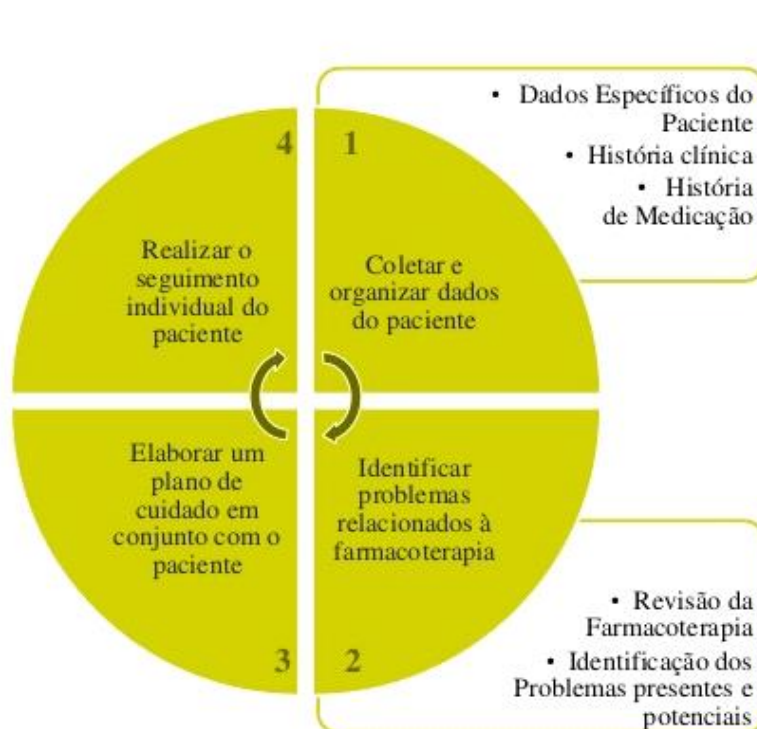
Os pacientes participantes da pesquisa foram acompanhados através de consultas farmacêuticas realizadas de acordo com o modelo SOAP:

- O “S” que são os dados subjetivos: foram registrados em fichas (ANEXO B), relatando as informações obtidas do usuário ou cuidador ou ainda, do histórico de prontuário. Buscando informações pertinentes aos problemas com o uso de medicamentos e à relação destes com a enfermidade.
- Nos dados objetivos “O”: foram verificados sinais vitais, quando pertinente, resultados de exames de Carga Viral, CD4+, patologia clínica, achados de testes laboratoriais e de exame físico realizados.
- A Avaliação dos dados “A”: foi realizada com base nos dados subjetivos e objetivos, identificando as suspeitas de problemas relacionados com medicamentos. Analisando o que poderia ser realizado para a resolução desses problemas e quais intervenções farmacêuticas poderiam ser adotadas.
- No Plano “P”: a investigação das informações e do planejamento das condutas que foram realizadas, em conformidade com o perfil do usuário, buscando o estabelecimento de um acordo para a implantação do plano. Quando os problemas relacionados com medicamentos necessitavam da avaliação do prescritor, o paciente foi informado e encaminhado para o suprimento dessa necessidade.

O momento de primeiro contato com o paciente foi aproveitado para coletar e organizar os dados do paciente como a história clínica e história de uso da TARV. No segundo contato, para identificar os problemas relacionados com a farmacoterapia. Para

posteriormente, realizar o plano de cuidado e o seguimento individual do paciente (Figura 1).

Figura 1 – Processo geral de cuidado farmacêutico baseado no método SOAP



Fonte: <http://otuki-metodoclinicoparaatencaofarmaceutica.pdf>

5.6.6 INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS

Após a detecção de problemas associados ao uso de TARV foi estabelecido, em conjunto com o médico prescritor e o paciente ou cuidador, a forma de realizar a monitorização dos resultados do plano implantado, principalmente quando houve novas modificações em prescrição de medicamento ou no quadro do usuário, instaurando-se, desta forma, o ciclo de atendimento. Concomitantemente, analisando a evolução do paciente, considerando os dados presentes no prontuário multiprofissional, com o histórico de retiradas de medicamentos do SICLOM. As intervenções foram documentadas e classificadas em aceitas ou não aceitas, após o contato com o prescritor e implementação das mudanças recomendadas.

5.6.7 ADESÃO AO TRATAMENTO

Para a avaliação da adesão ao tratamento para o HIV/Aids, foram realizados os testes: MedTake (ANEXO A), que avalia, através de entrevista, o conhecimento do paciente sobre a medicação e sua forma de uso (RAEHL et al, 2002) e, teste de Morisky (ANEXO B), que é composto por quatro perguntas que objetivam avaliar o comportamento do paciente em relação ao uso habitual do medicamento (MORISKY et al, 1982; MORISKY; GREEN; LAVINE, 1986).

O MedTake é uma forma de avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso prescrito baseada no conhecimento que os pacientes apresentam sobre o seu tratamento, através de um questionário sobre o nome do medicamento, dose, indicação, interação e uso, restringindo, nesse caso, apenas aos medicamentos antirretrovirais (PRIMO, 2015).

O Morisky Green foi também utilizado como forma de avaliação de adesão ao tratamento antirretroviral. Este método, permite discriminar se o comportamento de baixo grau de adesão é do tipo intencional ou não intencional (SIMONI et al, 2003).

5.7 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram digitados e organizados utilizando a planilha eletrônica elaborada no gerenciador Excel e, posteriormente exportados para serem submetidos à análise estatística e preparo de figuras por meio do software Bioestat 5.3 (Ayres et al., 2007). A análise do efeito da intervenção sobre a adesão e dados clínicos de carga viral e CD4+ foram comparadas antes e depois da implantação do cuidado farmacêutico por testes estatísticos com nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$).

6 RESULTADOS

6.1 LEVANTAMENTO DE DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

Nesta etapa, a verificação foi realizada por pesquisa de relatórios no SICLOM e análise de prontuários, utilizando a Ficha de Caracterização Sociodemográfica (APÊNDICE B). Os dados sociodemográficos foram preenchidos e relacionados (Tabela 1), de acordo com as informações disponíveis no sistema, incluindo idade, sexo, escolaridade e local de residência, para análise e tabulação dos dados de interesse.

No primeiro momento, o levantamento de dados sociodemográfico foi realizado do total de pacientes ativos cadastrados no SICLOM, para que a população alvo da pesquisa fosse inteiramente conhecida.

Tabela 1: Dados Sociodemográficos dos pacientes ativos no SICLOM

	Pacientes Ativos (n=2.486)	Homens (n=1.604)	Mulheres (n= 882)
Idade (anos)			
Maiores de 18 (98%)		1.587	856
Menores de 18 (2%)		17	26
Etnia			
Branco (2%)		34	17
Negro (15%)		236	132
Outros (83%)		1.334	733
Estado Civil			
Solteiro(a) (65%)		1.042	573
Casado(a)/ União Estável/ Convivendo (24%)		386	211
Separado (8%)		128	72
Viúvo(a) (3%)		48	26
Escolaridade			
Nenhuma (28%)		450	247
De 1 a 5 anos (52%)		834	459
De 5 a 10 anos (15%)		240	132
Mais de 10 anos (5%)		80	44
Ocupação			
Aposentado(a) (22%)		353	194
Desempregado(a) (12%)		192	106
Trabalhador(a) com vínculo empregatício (38%)		610	335
Autônomo(a) (18%)		289	159
Do lar (10%)		160	88

A maior parte dos pacientes ativos que compõem o serviço de atendimento especializado (SAE), no município de Marabá, são maiores de 18 anos (98%), do sexo masculino (68%), com baixa escolaridade (52%), solteiros (65%), que desenvolvem atividade de trabalho com vínculo empregatício (38%), como podemos observar na Tabela 1.

Dentre os fatores sociodemográficos destacamos que o total dos integrantes ativos no SICLOM, que somam em torno de 2.486 pacientes, possuem idade superior a 18 anos (Figura 2), aproximadamente 2.443 pessoas (cerca de 98%), não sendo observadas faixas etárias predominantes ou diferenças significativas entre a idade de homens e mulheres.

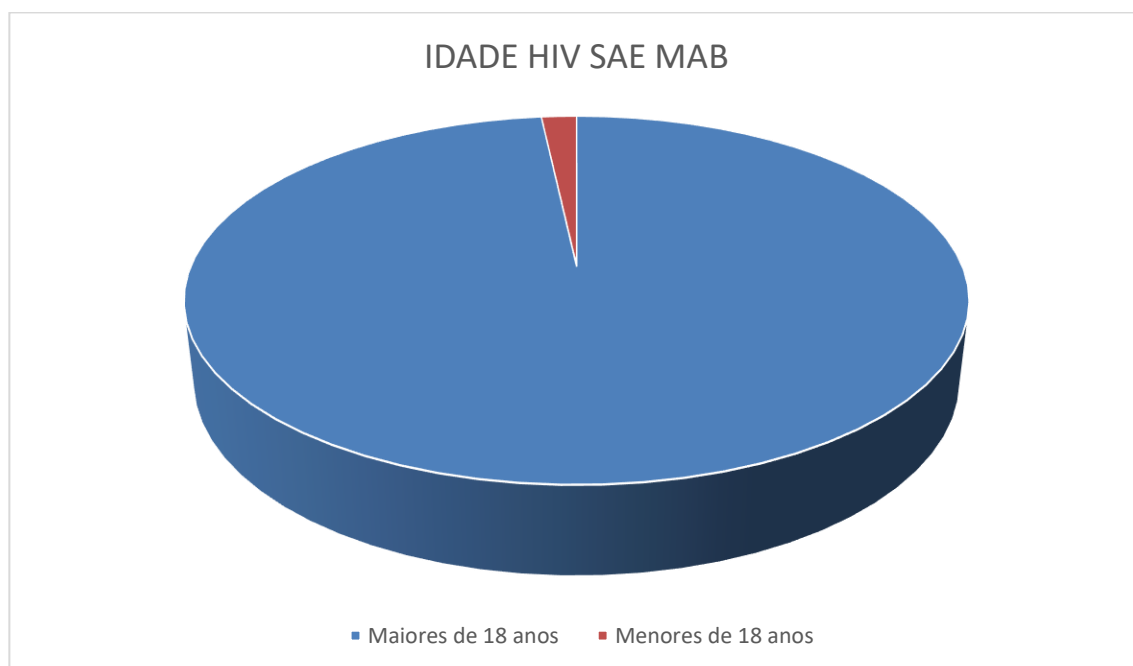


Figura 2: Dados Sociodemográficos relativos à idade dos pacientes ativos no serviço do SAE Marabá no ano de 2021.

Dentre os 2.443 indivíduos maiores de 18 anos, 68% (cerca de 1.587) pertencem ao sexo masculino e 42% (856 pacientes) ao sexo feminino (Figura 3).

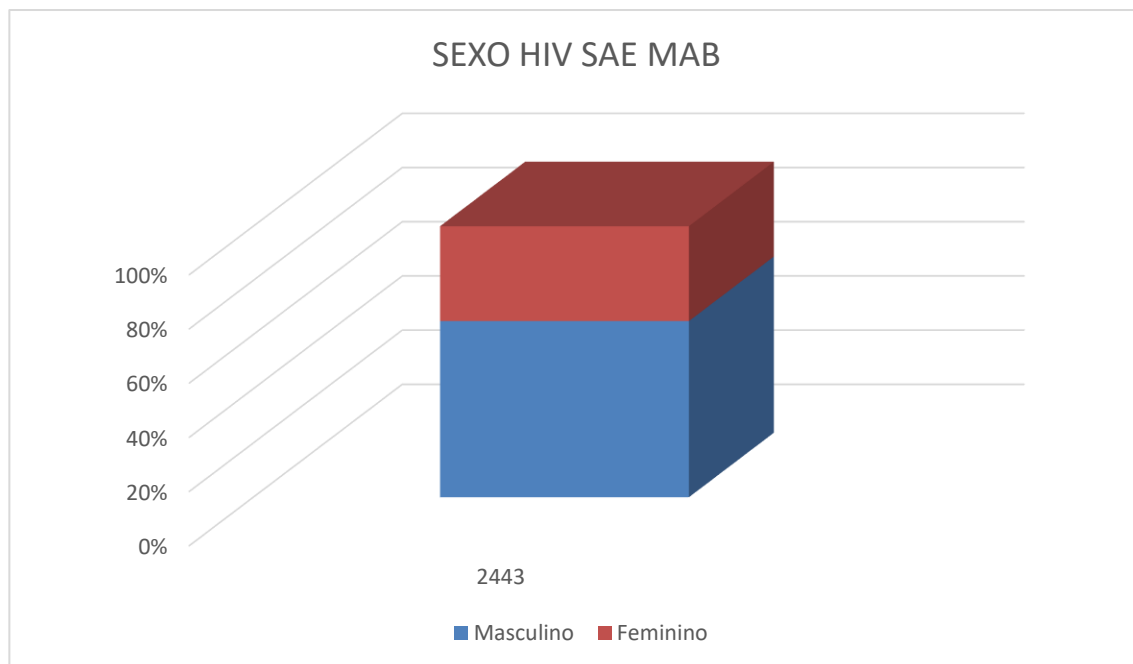


Figura 3: Dados Sociodemográficos relativos ao sexo, maiores de 18 anos que estão ativos no serviço do SAE Marabá no ano de 2021.

Quanto à localidade em que moram, tendo em vista que o SAE Marabá atende pacientes de todas as localidades vizinhas incluindo zona rural, cerca de 39% dos pacientes ativos no SICLOM, são de pessoas oriundas de outros municípios (Figura 4).

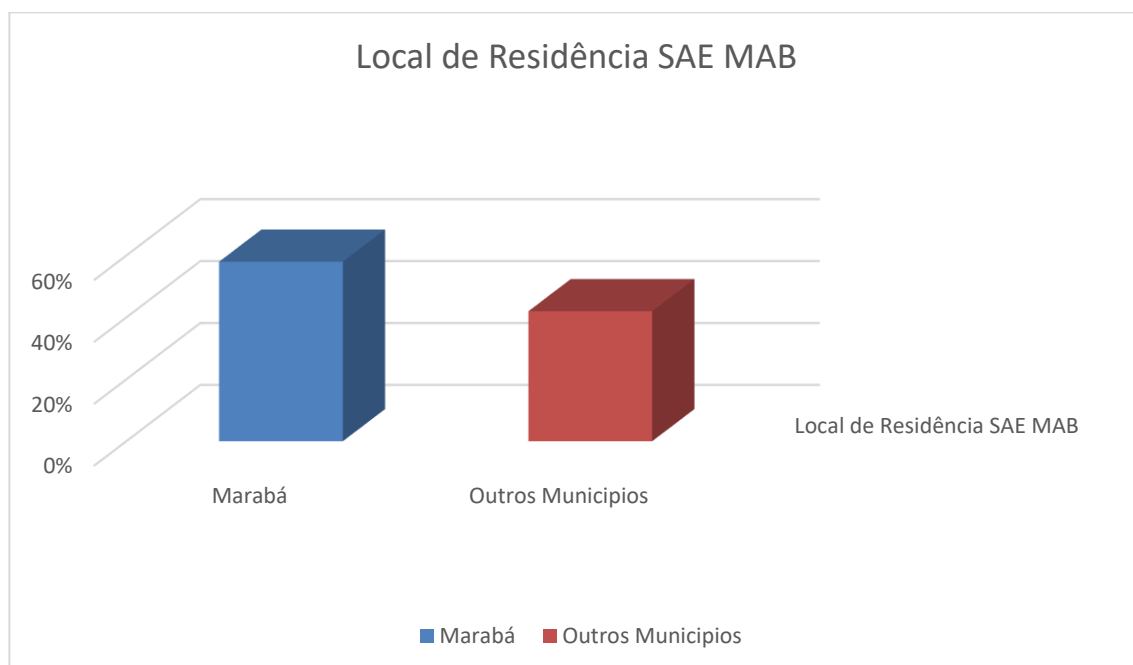


Figura 4: Dados Sociodemográficos relativos ao local de residência no ano de 2021 dos pacientes ativos no serviço do SAE Marabá.

Outros dados sociodemográficos relevantes são alusivos ao estado civil, escolaridade e ocupação. A etnia foi avaliada a partir da autodetecção, apontando que a maior parte dos pacientes, em torno de 83%, se classificam como outros, que podem ser pardos, asiáticos, etc (Figura 5). Quanto ao estado civil, a grande maioria dos pacientes são homens solteiros, em torno de 42% do total dos pacientes ativos, enquanto mulheres solteiras somam 23% (Figura 6); e, cerca de 38% (945 pacientes) desse total, são trabalhadores com vínculo empregatício (Figura 7).

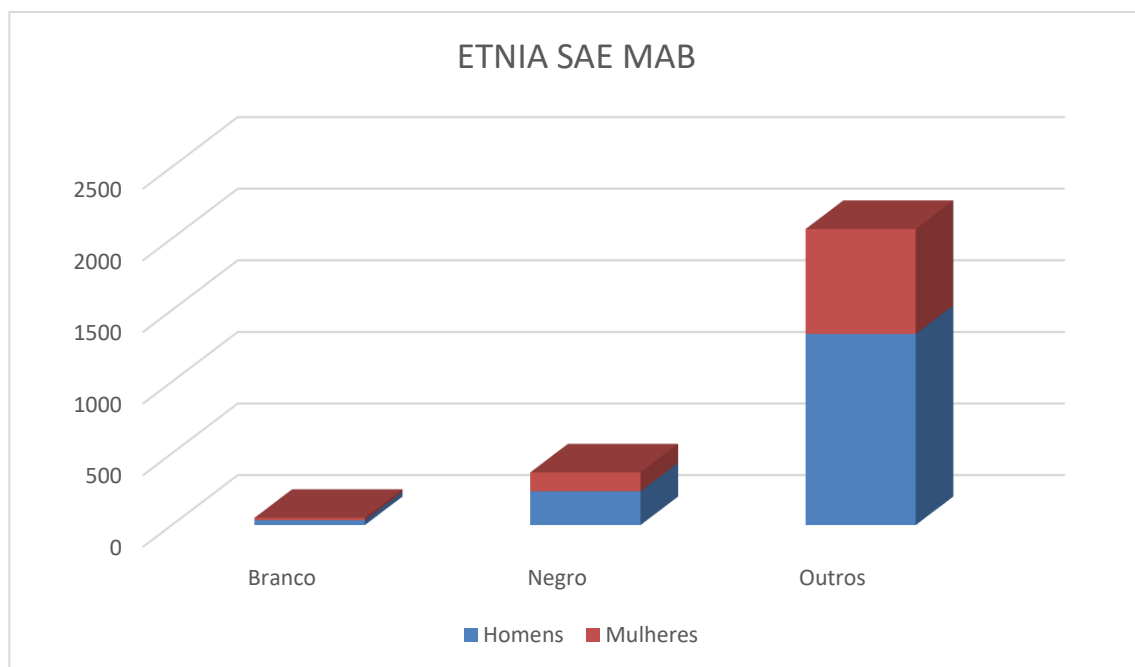


Figura 5: Dados Sociodemográficos relativos à etnia no ano de 2021 dos pacientes ativos no serviço do SAE Marabá.

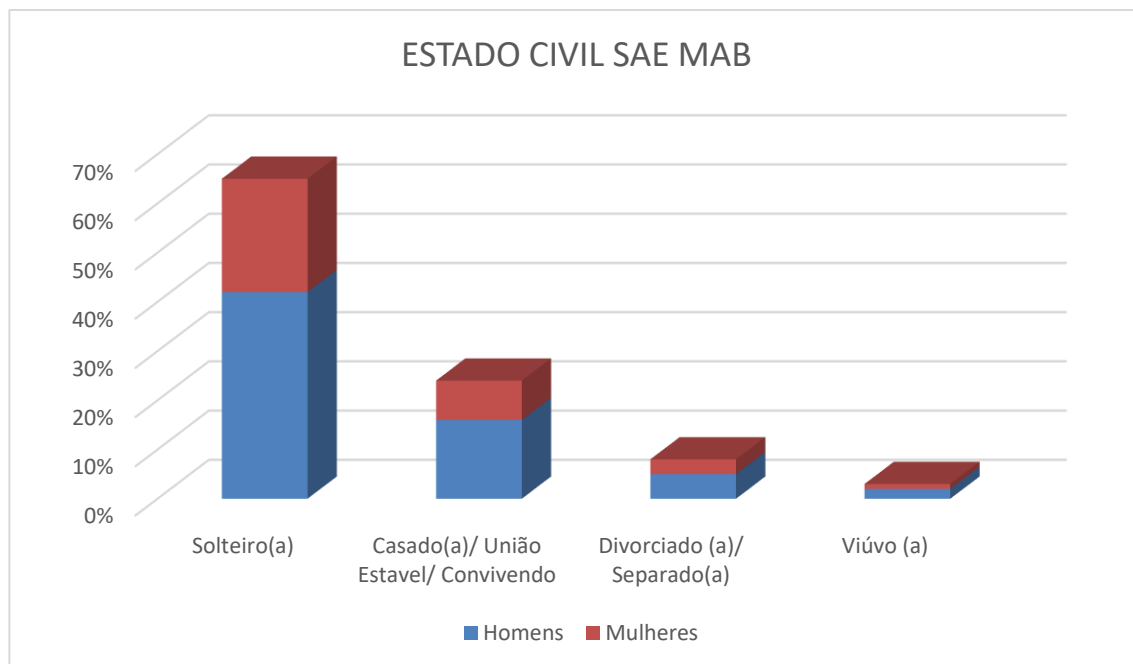


Figura 6: Dados Sociodemográficos relativos ao estado civil no ano de 2021 dos pacientes ativos no serviço do CTA/SAE Marabá.

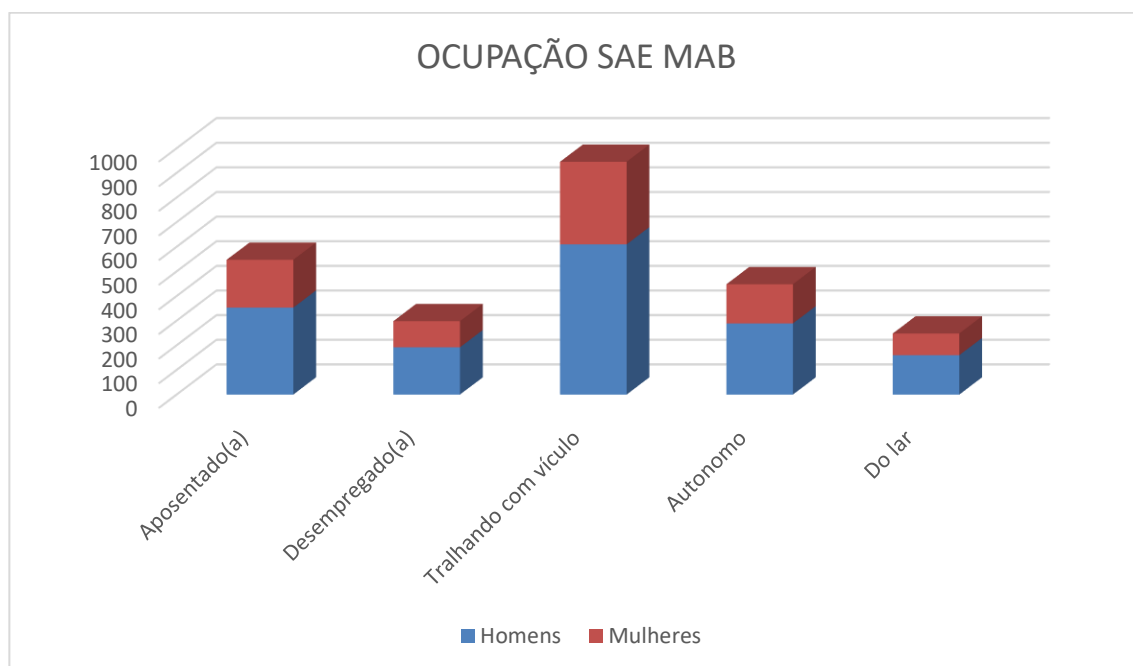


Figura 7: Dados Sociodemográficos relativos à ocupação no ano de 2021 dos pacientes ativos no serviço do SAE Marabá

A maior parte dos pacientes atendidos no SAE Marabá demonstraram nível de escolaridade de 1 a 5 anos de estudo, em torno de 52%, possuindo habilidades de leitura

e escrita. Os indivíduos que não possuíam nenhuma escolaridade ou apenas sabiam assinar o próprio nome, formaram 28% do total apresentado (Figura 8).

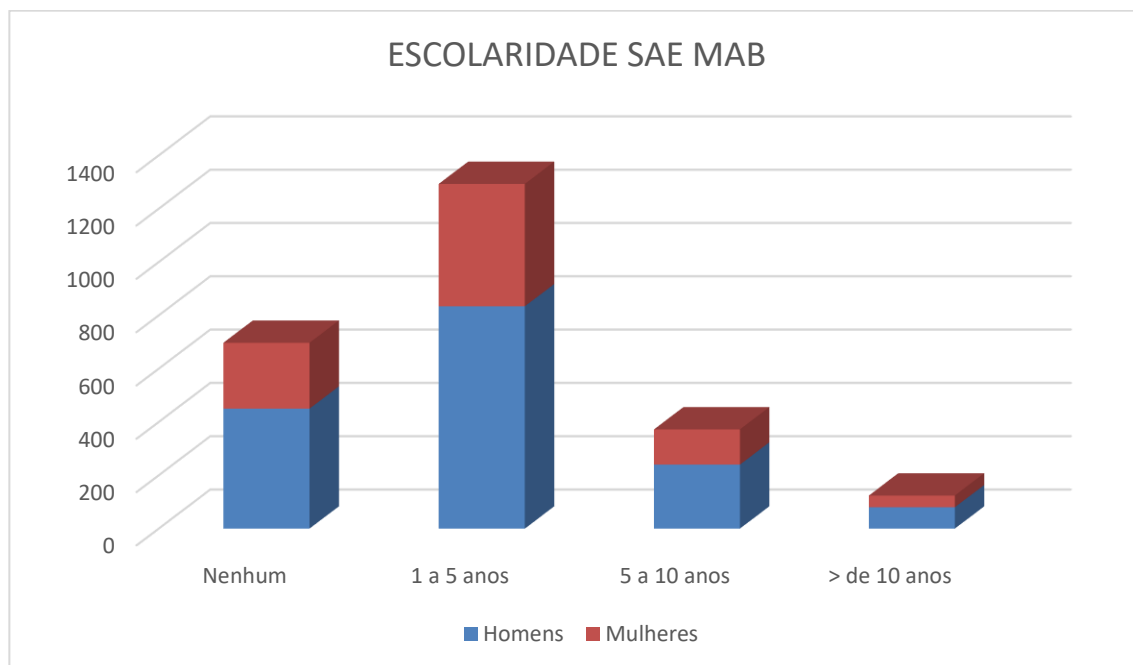


Figura 8: Dados Sociodemográficos relativos à escolaridade no ano de 2021 dos pacientes ativos no serviço do SAE Marabá.

Além do direcionamento sociodemográfico, o levantamento desses dados serve para ajudar a evidenciar, principalmente, causas de falha de adesão que não sejam farmacoterapêuticas. Na maior parte desses casos, os cuidados seriam da equipe de assistência social. Porém, como a farmácia é único setor frequentado pelos pacientes, usualmente, essas informações não são de seus conhecimentos.

6.2 LEVANTAMENTO DE DADOS TERAPÊUTICOS E LABORATORIAIS

No estudo retrospectivo realizado, identificou-se que no ano de 2019 havia 2.141 pacientes ativos no Centro de Testagem e Aconselhamento do Serviço de Atendimento Especializado de Marabá/PA (CTA/SAE MAB), esse número mostra o aumento na quantidade de pacientes em tratamento em relação ao ano de 2018, onde apenas 1.960

pacientes estavam ativos no serviço. E, atualmente, o número de pacientes ativos ao programa é de 2.486 (Figura 9).

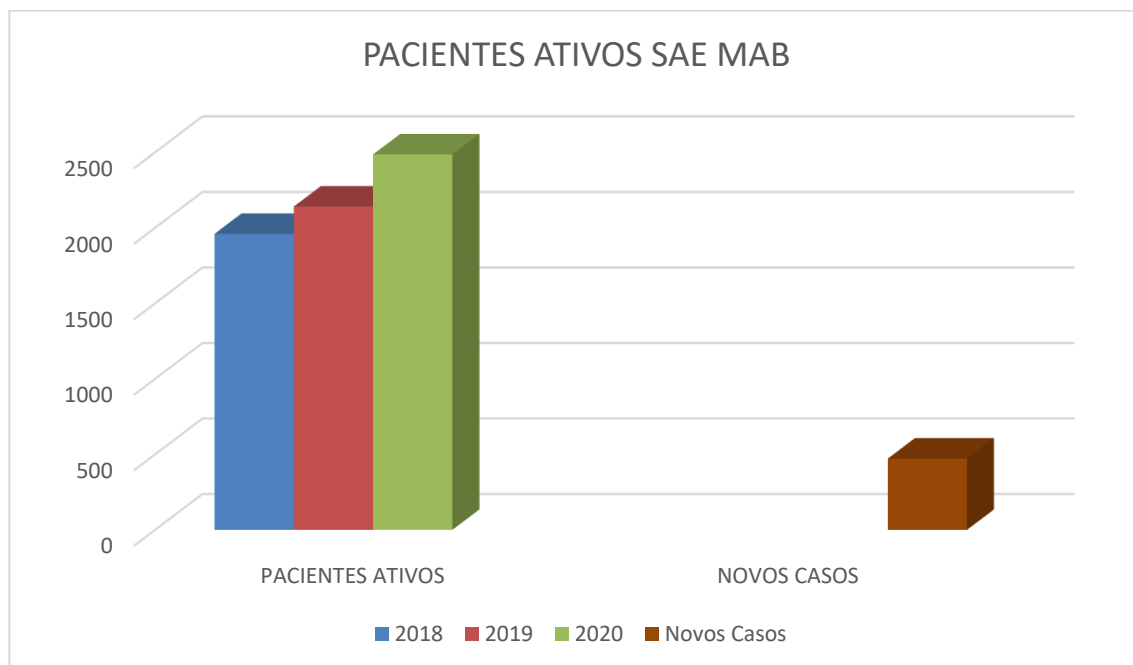


Figura 9: Levantamento de dados de pacientes ativos no serviço do SAE Marabá, nos anos de 2018, 2019 e 2020.

Entre o período de 2019 até a atualidade observou-se a entrada de 472 novos casos. Todos os novos casos iniciaram tratamento e consequentemente foram cadastrados no SICLOM.

Os pacientes que por algum motivo não estavam fazendo a retirada dos seus TARV's por mais de 180 dias, de acordo com os dados encontrados no SICLOM e em seus prontuários, são classificados como em abandono de tratamento. Em 2019 havia cerca de 628 indivíduos em abandono, já em 2020 foram encontrados 416 pacientes sem uso do tratamento (Figura 10).

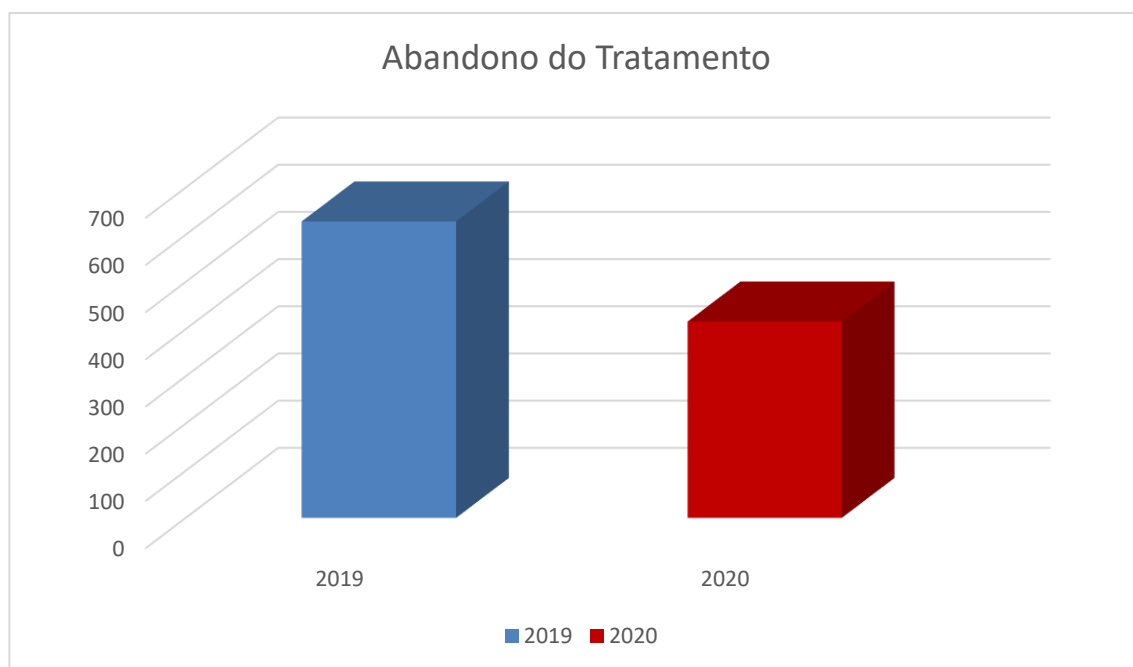


Figura 10: Levantamento de dados de pacientes em abandono de tratamento no serviço do SAE Marabá, nos anos de 2019 e 2020.

Outro dado preocupante é em relação ao número de óbitos na unidade. No ano de 2019 foram relacionados 15 óbitos, e entre os anos de 2019 até meados de 2021 (maio de 2021) foram notificados 78 óbitos, sendo atualmente, o número total de 276 óbitos notificados pela unidade desde a implantação do SICLOM.

Quanto aos aspectos clínicos/laboratoriais, a contagem de LT-CD4+ é um dos marcadores da doença e revela o quanto o paciente está potencialmente sujeito a infecções por doenças oportunistas. Atualmente cerca de 112 pacientes estão com CD4+ menor que 350, ou seja, estão sendo mais bem avaliados, descartando ou não infecções oportunistas, entrando com protocolo para casos de Infecção Latente de Tuberculose (ILTb), ou, em casos mais severos, Neurotoxoplasmose (NTX).

Para o estudo prospectivo foi realizado um corte na população da amostra, devido ao tempo da pesquisa e períodos de distanciamento social, totalizando 20 pacientes portadores de HIV/Aids, que concordaram e assinaram o TCLE. Esses pacientes foram divididos em dois grupos: no **Grupo 1** foram incluídos 15 (quinze) pacientes que já haviam iniciado tratamento com ARV e apresentavam queixas quanto à TARV; e, o **Grupo 2**, com 5 (cinco) novos casos em início de tratamento.

Os pacientes do Grupo 1, possuíam perfil de Carga Viral (CV) alterada e/ou CD4+ menor que 350, uso irregular de ARV ou estavam em abandono de tratamento. Portanto, para uma avaliação mais criteriosa, os dados laboratoriais e o perfil do uso das medicações de cada paciente incluído na pesquisa prospectiva, pertencentes ao Grupo 1, foram listados separadamente (Tabela 2).

Tabela 2: Dados Laboratoriais e Utilização de Antirretrovirais pelos pacientes do Grupo 1 atendidos no SAE Marabá.

Identificação	Sexo	Carga Viral (cv)	Contagem CD4+	Uso de TARV
PACIENTE 1	M	Não Detectável	112	REGULAR
PACIENTE 2	M	352.000	148	IRREGULAR
PACIENTE 3	M	1.080.000	116	EM ABANDONO
PACIENTE 4	F	3.800	193	REGULAR
PACIENTE 5	M	545.000	246	IRREGULAR
PACIENTE 6	F	128.000	249	REGULAR
PACIENTE 7	M	280.000	122	REGULAR
PACIENTE 8	M	150.000	183	REGULAR
PACIENTE 9	M	605.000	277	IRREGULAR
PACIENTE 10	F	848	330	REGULAR
PACIENTE 11	M	514	255	REGULAR
PACIENTE 12	F	1.060.000	123	EM ABANDONO
PACIENTE 13	M	512.000	276	EM ABANDONO
PACIENTE 14	M	750	330	REGULAR
PACIENTE 15	M	324.000	205	IRREGULAR

Os maiores índices na determinação da Carga Viral estão relacionados aos pacientes em abandono de tratamento, como é o caso do PACIENTE 3 e do PACIENTE 12, ambos apresentam uma contagem de mais de um milhão de cópias virais. Os pacientes

que referem uso irregular, manifestam baixo índice de CD4+ e CV maiores de trezentas mil cópias.

No caso dos pacientes em uso regular da TARV é verificado como alteração mais frequente uma baixa contagem dos LT-CD4+, sendo que o PACIENTE 1 apresenta CV em normalidade, ou seja, Não Detectado (ND), porém, o índice de CD4+ preocupante, se correlacionada com a adesão ao tratamento.

6.3 IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS CLÍNICOS FARMACÊUTICOS

As etapas iniciais do processo de implantação de serviços clínicos farmacêuticos no SAE de Marabá, foram realizadas em quatro fases: de descoberta, de exploração, de preparação e de teste, segundo Moulin e Colaboradores (2016), como descritas na metodologia.

A fase da descoberta começou no atendimento de dispensação de medicamentos. Nessa fase, durante a entrega das medicações e acompanhamento dos prontuários em atendimento, foi observado a carência de um acompanhamento farmacêutico mais completo, pois, os pacientes apresentavam uma farmacoterapia complexa, com uso de polimedicação, muitos relatos de reação adversas e necessitavam de uma efetiva adesão ao tratamento.

Após a fase de descoberta da necessidade da implantação do serviço, foi realizado o mapeamento da estrutura disponível na unidade. Nessa fase de exploração, foi desempenhado o levantamento dos pacientes previamente atendidos no serviço de dispensação da farmácia e foi observado a necessidade de mais profissionais farmacêuticos para que o serviço fosse efetivado. Através desse mapeamento, foi possível sensibilizar a participação da equipe multidisciplinar de gestão e de acompanhamento técnico e terapêutico e aumentar os recursos humanos de profissionais farmacêuticos, totalizando hoje três profissionais, dois no turno da manhã e um no turno da tarde.

Durante a fase de preparação foi realizado o processo de revisão da literatura para definição dos melhores instrumentos e processos a serem utilizados. Esse processo contemplou o levantamento bibliográfico e consulta a artigos científicos em bases de dados nacional e internacional, tais como Cochrane Library, Epistemonikos, Health

Evidence, Health Systems Evidence, Biblioteca Virtual de Saúde e Google Scholar e sites governamentais. Já o processo de capacitação da equipe envolvida foi realizado paralelamente de acordo com a necessidade.

Foi realizado ainda, juntamente com equipe multiprofissional, a busca ativa de pacientes que estavam em abandono de tratamento, a informação de óbitos no SICLOM de pacientes que ainda não haviam sido notificados, a exclusão de cadastros duplos ou com erros e a inativação de usuários no SICLOM por transferência.

A fase de teste, onde o serviço foi propriamente iniciado. A captação dos pacientes foi realizada durante o processo de atendimento da farmácia, de acordo com a demanda livre dos próprios pacientes, onde o estudo foi apresentado. As pessoas que apresentavam baixa adesão ao tratamento, alto índice de carga viral, supressão de Linfócito T CD4+, dúvidas relativas à farmacoterapia ou suspeitas de eventos adversos a medicamentos foram os principais selecionados para o encaminhamento da consulta farmacêutica.

O processo de consulta foi realizado através do método de seguimento farmacoterapêutico SOAP. As avaliações relacionadas à farmacoterapia, assim como a identificação das intervenções farmacêuticas ou não, foram realizadas em acordo com a equipe multidisciplinar, com o propósito de ajudar o usuário a atingir suas metas terapêuticas e a obter o máximo benefício da terapia antirretroviral. O autocuidado foi uma das principais ferramentas estimulada, para que o paciente ou cuidador tenha o conhecimento necessário que permita mudanças do estilo de vida, relacionadas à prática de atividades física, à dieta e aos hábitos sociais, assim como, uma maior adesão à farmacoterapia.

Como instrumento para o registro dos dados, foram utilizados o SICLOM para a dispensação e controle da adesão e anexado ao prontuário multidisciplinar um formulário padronizado, impresso, no qual os problemas e as possíveis intervenções foram listados.

6.4 ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO: AVALIAÇÃO INICIAL DA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL PRESCRITA

Nessa etapa foram coletadas as informações obtidas através da prescrição e leitura do prontuário do paciente. A TARV foi avaliada com relação à composição da terapia e à dose diária contidas na prescrição tendo como referência as orientações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em adultos (PCDT) (Tabela 3). Também foram analisadas a presença de outras comorbidades crônicas, disfunção renal e/ou hepática, presença de infecções oportunistas e as interações medicamentosas.

Tabela 3: Posologia dos antirretrovirais de uso adulto prescritos no SAE Marabá agrupados por classes terapêuticas.

Classe	Fármaco	SIGLA	Posologia
ITRN	Abacavir 300 mg	ABC	2 comprimidos 1 vez ao dia ou a cada 12h
	Lamivudina 150 mg	3TC	2 comprimidos 1 vez ao dia ou a cada 12h
	Tenofovir 100 mg	TDF	1 comprimido ao dia
	Zidovudina + Lamivudina	BIOVIR	1 comprimido a cada 12h
	Tenofovir + Lamivudina	TL	1 comprimido ao dia
	Efavirenz + Lamivudina + Tenofovir	3 em 1	1 comprimido à noite
ITRNN	Efavirenz 600 mg	EFZ	1 comprimido à noite
	Nevirapina 200 mg	NVP	1 comprimido a cada 12h
IP	Atazanavir 300 mg	ATZ	1 comprimido com ritonavir
	Darunavir 600 mg	DAR	1 comprimido a cada 12h com ritonavir
INI	Dolutegravir 50 mg	DTG	1 comprimido ao dia
	Raltegravir 400 mg	RAL	1 comprimido a cada 12h

Fonte: Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em adultos (BRASIL, 2018).

Na avaliação inicial da terapia prescrita na unidade de atendimento do SAE de Marabá, foi realizado uma listagem dos medicamentos antirretrovirais (ARV) de uso, adquirida pelo SICLOM, para todos os 2.486 pacientes ativos no programa. A relação de esquemas de ARV's prescritos no SAE Marabá está descrita na Tabela 4. O esquema de Dolutegravir 50 mg + Tenofovir 300 mg + Lamivudina 300 mg (DTG + 3TC/TDF) é o mais utilizado tanto para os pacientes que já estão em tratamento, como para novos casos, cerca de 72% dos pacientes fazem uso dessa terapia. O outro ARV em maior uso é o Tenofovir 300 mg + Lamivudina 300 mg + Efavirenz 300 mg, também conhecido como 3 em 1, em uso por cerca de 14% do total dos pacientes. Além dos esquemas padronizados pelo PCDT ainda há esquemas diferenciados para pacientes que apresentam resistência ao tratamento primário, determinados pós exame de Genotipagem.

Tabela 4: Esquema de ARV prescritos no SAE Marabá agrupados por classes terapêuticas.

Esquema	Sigla	Prevalência de Prescrição
Dolutegravir + Tenofovir /Lamivudina	DTG + TL	72%
Efavirenz + Lamivudina + Tenofovir	3 em 1	14%
Tenofovir /Lamivudina + Atazanavir + Ritonavir	TL + ATV/RIT	10%
Outros	Biov + EFZ; Biov + DTG; DAR; RAL; etc.	4%

Fonte: Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em adultos (BRASIL, 2018).

O auto percentual de uso do esquema DTG + 3TC/TDF também é justificado por ser o esquema terapêutico de primeira escolha para o início do tratamento do HIV/Aids, de acordo PCDT. As exceções ocorrem de acordo com a situação de cada paciente, tais como co-infecção de Tuberculose (TB) e/ou outras infecções oportunistas, alterações renais e/ou hepáticas (Tabela 5).

Tabela 5: Esquemas terapêuticos de primeira escolha e alternativos para adultos em início de tratamento de HIV/AIDS de acordo com o estado de saúde do paciente

Situação do Paciente	TARV
Início de Tratamento	DTG + 3TC/TDF
Co-infecção TB-HIV sem critérios de gravidade	EFZ + 3TC + TDF
Co-infecção TB-HIV com algum dos critérios de gravidade: LT-CD4+ <100 células/mm ³ Presença de outra infecção oportunista Doença grave Tuberculose disseminada	RAL + 3TC/TDF
Contraindicação ao TDF	Substituir por ABC
Contraindicação ao ABC	Substituir por AZT

DTG = dolutegravir; 3TC = lamivudina; TDF = tenofovir; EFZ = efavirenz; RAL = raltegravir; ABC = abacavir; AZT = zidovudina.

Fonte: BRASIL, 2018.

No caso dos pacientes pertencentes ao Grupo 2 desse estudo, que foram acompanhados desde o início do tratamento, o esquema prescrito para todos eles, foi o esquema padrão de TL + DTG. Os outros pacientes do Grupo 2 que já estavam em tratamento com esquema prescrito de acordo com a Tabela 6.

Apesar dos dados gerais refletirem que o esquema de TL+DTG é o utilizado pela maior parte dos usuários desse serviço local, para o Grupo 2, dos pacientes incluídos no estudo, ele aparece em uso por 33% dos usuários, seguido de 33% em uso de TDF/3TC/EFZ (3 em 1). Nota-se ainda que, o EFZ está presente em quase 54% da TARV prescrita aos integrantes do Grupo 1.

Tabela 6: Esquemas terapêuticos por paciente, incluído no estudo, em tratamento de HIV/AIDS (Grupo 1) no SAE Marabá.

Identificação	Esquema de Uso	Adesão
PACIENTE 1	TL + DTG	Boa
PACIENTE 2	3 em 1	Baixa
PACIENTE 3	Biov + EFZ	Não aderente
PACIENTE 4	3 em 1	Boa
PACIENTE 5	Biov + EFZ	Baixa
PACIENTE 6	3 em 1	Baixa
PACIENTE 7	Biov + EFZ	Boa
PACIENTE 8	3 em 1	Boa
PACIENTE 9	TL + DTG	Baixa
PACIENTE 10	TL + ATV/Rit	Boa
PACIENTE 11	3 em 1	Boa
PACIENTE 12	TL + DTG	Não aderente
PACIENTE 13	TL + DTG	Não aderente
PACIENTE 14	Biov + ATV/Rit	Boa
PACIENTE 15	TL + DTG	Baixa

Para avaliar a adesão ao tratamento dos usuários do Grupo 1, foram aplicados os questionários MedTake e Morisky, associadas com a coleta das informações contidas nos prontuários e no SICLOM, onde ficam registradas todas as dispensações de ARV's. Para cada paciente incluído, a avaliação da aderência foi realizada, primeiramente, antes do início do estudo para posteriormente serem comparada ao final do estudo e após a implantação do serviço farmacêutico. Sendo que, os pacientes do Grupo 2 foram avaliados ao final do acompanhamento, já que estavam ainda obtendo conhecimento de iniciação de TARV.

Como parte do acompanhamento farmacoterapêutico foram examinados os Problemas Relacionados à Farmacoterapia ou Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM). O problema mais comum, relatado pelos clientes do SAE de Marabá, foram os efeitos indesejáveis que acabam ocasionando a não adesão do paciente, seguido de interações medicamentosas entre os ARV's e os demais medicamentos prescritos (Tabela 7).

Outro PRM encontrado foi quanto a administração de subdose por parte do usuário, PACIENTE 5, que não conseguia compreender a posologia do uso do ARV. Foram identificados também pacientes que relatavam problemas renais em uso de TL sem o acompanhamento dos dados laboratoriais de avaliação renal.

Tabela 7: Problemas Relacionados à Medicamentos (PRM) encontrados no SAE Marabá.

PRM	Nº de Ocorrências	Aceitação do Paciente
Efeitos Indesejáveis	8	Dificuldade de adesão ao tratamento
Interações Medicamentosas	6	Redução do efeito do ARV
Subdose	1	Não entendimento do TARV
TL paciente renal	2	Tratamento renal crônico

6.5 INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS

As intervenções e estratégias para os 20 pacientes em acompanhamento farmacoterapêutico foram desenvolvidas de acordo com o PCDT e a necessidade individual do paciente, buscando adaptar a rotina de uso de medicamento ao seu estilo de vida, em conformidade à sua realidade sociocultural e educacional, para que se tivesse o total entendimento sobre a importância da adesão ao tratamento nos resultados clínicos e na qualidade de vida.

Os novos casos, pertinentes ao Grupo 2, passaram desde o primeiro momento pela consulta farmacêutica. Todos eles iniciaram TARV de protocolo padrão, tiveram um bom entendimento e aceitação ao programa. As principais intervenções foram não farmacológicas, direcionadas ao autocuidado, à aceitação ao tratamento, às medidas para melhoria da qualidade de vida (boa alimentação, atividade física e dormir bem) e à adesão. Quanto as intervenções farmacológicas, os usuários foram orientados quanto a segurança do tratamento, possibilidade de reações adversas e efeitos colaterais, sendo encaminhado ao médico 1 (um) paciente, PACIENTE 20, em uso de Fenitoína para avaliação de troca por interação medicamentosa.

Tabela 8: Intervenções e Esquemas terapêuticos por paciente em início de tratamento de HIV/AIDS (Grupo 2) no SAE Marabá.

Identificação	Esquema TARV	Intervenção Farmacêutica	Resultado
PACIENTE 16	TL + DTG	Não-Farmacológica e orientações farmacológicas	Boa adesão e redução de CV
PACIENTE 17	TL + DTG	Não-Farmacológica e orientações farmacológicas	Boa adesão e redução de CV
PACIENTE 18	TL + DTG	Não-Farmacológica e orientações farmacológicas	Boa adesão e redução de CV
PACIENTE 19	TL + DTG	Não-Farmacológica e orientações farmacológicas	Boa adesão e redução de CV
PACIENTE 20	TL + DTG	Encaminhado ao prescritor para avaliação de interação medicamentosa (DTG e Fenitoína)	DTG substituído por RAL; Boa adesão e redução de CV

Todos os pacientes que tiveram acompanhamento farmacoterapêutico desde o início do tratamento obtiveram uma redução de Carga Viral significativa em apenas 6 meses de assistência, a maior parte inclusive já apresentou CV não detectável. E, após um ano de acompanhamento, todos eles já estavam com CV não detectável.

As estratégias de intervenção para o grupo de pacientes que já haviam iniciado tratamento foram aplicadas priorizando os problemas já manifestados, de acordo com a necessidade de cada paciente e discutidas individualmente, de forma sigilosa, buscando estabelecer uma relação mútua de colaboração (Tabela 9).

Tabela 9: Intervenções Farmacoterapêuticas de pacientes em tratamento de HIV/AIDS (Grupo 1) no SAE Marabá.

Identificação	Esquema de Uso	PRM/ Necessidade	Intervenção
PACIENTE 1	TL + DTG	CD4+ baixo	Profilaxia ILTB
PACIENTE 2	3 em 1	Efeitos indesejáveis; Interação Medicamentosa	Troca TARV
PACIENTE 3	Biov + EFZ	Distância (zona rural); Efeitos indesejáveis	Conscientização; Dispensa para 3 meses
PACIENTE 4	3 em 1	Resistência; Efeitos indesejáveis	Genotipagem para trocar TARV
PACIENTE 5	Biov + EFZ	Subdose; Efeitos indesejáveis	Orientado quanto posologia; Conscientização
PACIENTE 6	3 em 1	Efeitos indesejáveis	Troca ARV terapia de resgate
PACIENTE 7	Biov + EFZ	Efeitos indesejáveis; Interação Medicamento	Genotipagem para trocar TARV
PACIENTE 8	3 em 1	Efeitos indesejáveis	Genotipagem para trocar TARV
PACIENTE 9	TL + DTG	Não adesão	Conscientização; Dispensa para 3 meses
PACIENTE 10	TL + ATV/Rit	Interação Medicamentosa	Troca de outras medicações
PACIENTE 11	3 em 1	Efeitos indesejáveis	Trocar TARV
PACIENTE 12	TL + DTG	Não adesão	Conscientização; Dispensa para 3 meses
PACIENTE 13	TL + DTG	Não adesão	Conscientização; Dispensa para 3 meses
PACIENTE 14	Biov + ATV/Rit	Interação Medicamentosa	Troca de outras medicações
PACIENTE 15	TL + DTG	Alteração Renal	Parâmetros Laboratoriais renais; Trocar TARV

Após 6 meses da implantação do cuidado farmacêutico, ou seja, após as intervenções serem adotadas, foram realizados novos exames de CV e CD4+ para comparação da evolução de cada paciente que já havia iniciado TARV (Tabela 10). Os resultados indicaram uma grande evolução desses dados laboratoriais, demonstrando que cerca de 47% dos pacientes que iniciaram o acompanhamento farmacoterapêutico já não mais possuem CV detectável e, após um ano de tratamento 80% já estavam não detectáveis.

Tabela 10: Comparação de Carga Viral antes e depois da intervenção farmacêutica aos pacientes em tratamento de HIV/AIDS (Grupo 1) no SAE Marabá.

Identificação	CV inicial	CV (6 meses)	CV atual
PACIENTE 1	Não Detectável	Não Detectável	Não Detectável
PACIENTE 2	352.000	390	Não Detectável
PACIENTE 3	1.080.000	25.400	200
PACIENTE 4	3.800	Não Detectável	Não Detectável
PACIENTE 5	545.000	3.400	Não Detectável
PACIENTE 6	128.000	Não Detectável	Não Detectável
PACIENTE 7	280.000	1.250	Não Detectável
PACIENTE 8	150.000	Não Detectável	Não Detectável
PACIENTE 9	605.000	3.800	125
PACIENTE 10	848	Não Detectável	Não Detectável
PACIENTE 11	514	Não Detectável	Não Detectável
PACIENTE 12	1.060.000	5.000	193
PACIENTE 13	512.000	2.280	Não Detectável
PACIENTE 14	750	Não Detectável	Não Detectável
PACIENTE 15	324.000	325	Não Detectável

6.6 DADOS DE ADESÃO AO TRATAMENTO

Para avaliar as taxas de adesão, foram analisados por meio do SICLOM e por levantamento de dados dos prontuários, as retiradas de medicamentos de cada usuário 12 meses antes do início desse estudo. Após mais 12 meses do período em que o acompanhamento foi estabelecido, todos os pacientes participantes desse processo encontram-se com percentual de adesão ao tratamento de 100% (Tabela 11).

Tabela 11: Evolução do resultado da adesão para pacientes em tratamento de HIV/AIDS no SAE Marabá, antes e após o acompanhamento farmacoterapêutico.

Identificação	Adesão inicial	Adesão atual
PACIENTE 1	Boa	Boa
PACIENTE 2	Baixa	Boa
PACIENTE 3	Não aderente	Boa
PACIENTE 4	Boa	Boa
PACIENTE 5	Baixa	Boa
PACIENTE 6	Baixa	Boa
PACIENTE 7	Boa	Boa
PACIENTE 8	Boa	Boa
PACIENTE 9	Baixa	Boa
PACIENTE 10	Boa	Boa
PACIENTE 11	Boa	Boa
PACIENTE 12	Não aderente	Boa
PACIENTE 13	Não aderente	Boa
PACIENTE 14	Boa	Boa
PACIENTE 15	Baixa	Boa
PACIENTE 16	-	Boa
PACIENTE 17	-	Boa
PACIENTE 18	-	Boa
PACIENTE 19	-	Boa
PACIENTE 20	-	Boa

Na avaliação inicial para os testes de MedTake e Morisky Green somente o grupo de pacientes que já haviam iniciado tratamento podiam participar, pois já possuíam conhecimento prévio para responder aos questionários. Após 12 meses de seguimento farmacoterapêutico, foram novamente aplicados os testes com as mesmas perguntas.

O teste de MedTake foi utilizado para avaliar o conhecimento do paciente em relação ao nome, dose, indicação, ingestão, interação e escala de tomada da medicação, relativos ao tratamento medicamentoso em uso para cada integrante da pesquisa. A escore da evolução do conhecimento foi calculado ao final do questionário de acordo com o percentual de cada resposta, demonstrando um aumento do conhecimento do tratamento medicamentoso por parte de cada usuário em torno de 32%, conforme Tabela 12.

Tabela 12: Evolução do escore do conhecimento individual da TARV pelo teste MedTake antes e após intervenção farmacêutica em pacientes em tratamento de HIV/AIDS (Grupo 1) no SAE Marabá.

	Antes	Depois	Total
Escore Conhecimento (%)	34%	66%	100%

O questionário foi realizado de forma verbal e as respostas foram anotadas. Cada questão foi avaliada individualmente e comparados com os primeiros dados encontrados antes do início do estudo e após a intervenção farmacêutica, demonstrado que houve uma melhora do conhecimento principalmente nos itens relacionados a dose, frequência de uso do medicamento e indicação do tratamento. Em relação às interações não foram encontradas diferenças significativas (Tabela 13).

Tabela 13: Análise do conhecimento individual da TARV pelo teste MedTake antes e após intervenção farmacêutica em pacientes em tratamento de HIV/AIDS (Grupo 1) no SAE Marabá.

	Nome N=15	Dose N=15	Indicação N=15	Interação N=15	Escala de tomada N=15
ANTES	5 (33%)	4 (27%)	6 (40%)	2 (13%)	5 (33%)
DEPOIS	10 (67%)	9 (60%)	13 (87%)	6 (40%)	12 (80%)

O teste Morisky Green foi realizado por meio de questionário, onde o paciente é classificado por grau de adesão. O alto grau de adesão é encontrado quando o paciente responde negativamente para todas as perguntas. No entanto, se pelo menos uma das respostas é afirmativa, o paciente é classificado como baixo grau de adesão (Tabela 14). Podendo ainda, através desse teste, classificar se o baixo grau de adesão é intencional, não intencional ou ambos (Tabela 15).

Tabela 14: Avaliação da Adesão pelo Teste Morisk Green em pacientes em tratamento de HIV/AIDS (Grupo 1) no SAE Marabá.

Adesão	Antes da Intervenção	Depois da Intervenção
Alto Grau de Adesão	2 (13%)	12 (80%)
Baixo Grau de Adesão	13 (87%)	3 (20%)

Tabela 15: Classificação do Baixo Grau de Adesão pelo Teste Morisk Green em pacientes em tratamento de HIV/AIDS (Grupo 1) no SAE Marabá.

Baixo Grau de Adesão	Antes da Intervenção	Depois da Intervenção
Intencional	3 (20%)	1 (7%)
Não Intencional	8 (53%)	2 (13%)
Intencional e Não Intencional	2 (13%)	1 (7%)

Em relação ao Grupo 2, os testes foram aplicados somente após a intervenção, pois os pacientes deram entrada ao serviço durante a evolução do estudo. Esse grupo apresentou um escore de conhecimento de 80% de acordo com o teste Med Take e um grande percentual de alto grau de adesão e, mesmo aqueles que tiveram baixa adesão, foram classificadas como não intencionais (Tabelas 16 e 17).

Tabela 16: Análise do conhecimento individual da TARV pelo teste MedTake após intervenção farmacêutica aos novos casos de HIV/AIDS (Grupo 2) no SAE Marabá.

Nome	Dose	Indicação	Interação	Tomada	Conhecimento
N = 5	N = 5	N = 5	N = 5	N = 5	N = 5
4 (33%)	3 (27%)	5 (40%)	3 (13%)	5 (33%)	80%

Tabela 17: Avaliação da Adesão pelo Teste Morisk Green aos novos casos de HIV/AIDS (Grupo 2) no SAE Marabá.

Adesão	Após Intervenção	Classificação
Alto Grau de Adesão	3 (60%)	-
Baixo Grau de Adesão	2 (40%)	Não Intencional

De acordo com a avaliação realizada pelo teste MedTake para o grupo 2, 80% dos pacientes possuíam conhecimento a respeito do nome do tratamento, da dose utilizada, da identificação das medicações e frascos, das interações medicamentosa e alimentar e da posologia, enquanto o teste Morisk Green, apresentou um percentual de 60% dos pacientes com perfil de alto grau de adesão. Os dois pacientes que se encaixaram como baixo grau de adesão, demonstraram que isso ocorria de forma não intencional.

7 DISCUSSÃO

7.1 DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

Os dados apontados no Boletim Epidemiológico HIV/Aids do Ministério da Saúde, consolidam o levantamento sociodemográfico desse estudo, percebendo-se uma proporção de casos notificados maior em homens do que em mulheres, mostrando também o predomínio de pacientes solteiros ou divorciados e de classe econômica mais baixa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). De acordo com os resultados obtidos no estudo, a maior parte dos pacientes ativos que compõem o serviço de atendimento especializado (SAE), no município de Marabá, são homens solteiros maiores de 18 anos, possuem baixa escolaridade e desenvolvem atividade de trabalho com vínculo empregatício.

A prevalência do sexo masculino é encontrada em vários outros estudos realizados com pacientes portadores do vírus HIV (CASAGRANDE, 2019; FORD et al., 2015; NUNES et al., 2015), provavelmente, isso se deve ao fato do início da sexualidade, geralmente durante a vida adulta e, em virtude de os homens apresentarem uma vida sexualmente mais ativa e com maior número de parceiros sexuais.

Esses resultados corroboram também com os dados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, publicado em dezembro de 2018, que observa um crescimento em torno de 21,2% de mulheres em tratamento com mais de 60 anos. Esse mesmo estudo indicou que 73% dos novos casos de HIV ocorreram no sexo masculino, com crescimento de 133% entre homens na faixa etária de 20 a 24 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

O número de idosos com HIV cresceu 103% nos últimos 10 anos, segundo o Ministério da Saúde, justificado pelo aumento da longevidade juntamente com as soluções farmacológicas para a reposição hormonal e a impotência sexual, permitindo o redescobrimto da sexualidade entre os idosos. Entretanto, os tabus em torno do uso do preservativo nas relações sexuais, para esse grupo de pessoas, acabam deixando-os cada vez mais vulneráveis à infecção pelo HIV/aids (POTTES et al., 2007; LAROQUE et al., 2011).

Alguns fatores sociodemográficos acabam influenciando direta ou indiretamente na adesão ao tratamento, como o fato de baixa renda, localização de residência e se o paciente está empregado. Observou-se que 39% dos pacientes ativos no SICLOM moram longe, localidades arredores e zona rural, referindo a não aderência ao tratamento as dificuldades de barreiras geográficas, de disponibilidade de transporte, tempo e custo (GONÇALVES, 2014).

Da mesma forma que a localização de residência reflete na dificuldade de locomoção do paciente, o vínculo empregatício também dificulta o deslocamento, devido ao cumprimento de carga horária de trabalho e o funcionamento de expediente da farmácia da unidade, além de que a falta de vínculo interfere diretamente no provimento de custos de deslocamento (MAGEDANZ, 2020).

Como forma de resolubilidade, com objetivo de ajudar os usuários a melhorar a adesão, conquistamos, com uma melhor gestão de estoque, compactuar o pedido de ARV's para dispensa por 90 dias de tratamento. Essa conquista proporcionou ao paciente uma cobertura de medicação maior, diminuindo a quantidade de locomoção, melhorando o processo de adesão. Outro triunfo, aliado na melhoria da adesão, foi a conquista de três farmacêuticos para o atendimento, fazendo com que a farmácia permaneça aberta durante todo o período de funcionamento da unidade (SANTOS & FILHO, 2019).

Além do direcionamento sociodemográfico, o levantamento desses dados serve para ajudar a evidenciar, principalmente, causas de falha de adesão que não sejam farmacoterapêuticas. Na maior parte desses casos, os cuidados seriam da equipe de assistência social. Porém, como a farmácia é único setor frequentado pelos pacientes, usualmente, essas informações não são de seus conhecimentos.

7.2 DADOS TERAPÊUTICOS E LABORATORIAIS

De acordo com o boletim mensal emitido no SICLOM, no ano de 2019, 1.547 pacientes estavam recebendo a TARV regularmente, totalizando quase 61% dos ativos no programa (ANEXO F). Atualmente cerca de 3.012 pacientes estão cadastrados no SICLOM do SAE de Marabá, destes apenas 2486 estão em tratamento.

Esses resultados ratificam a necessidade de um serviço que promova uma melhora no processo de adesão, pois, o objetivo de aderência proposto em 2013 pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) seria de 90%. Naquele ano, a UNAIDS estabeleceu a meta 90-90-90, a qual almejava que 90% das PVHA conhecessem seu diagnóstico, que 90% das pessoas que soubessem de sua soropositividade recebessem a TARV ininterruptamente e, destas, 90% teriam sua carga viral suprimida (VIANNA et al, 2018).

Durante o período do estudo e de implantação do cuidado farmacêutico, percebeu-se uma queda de pacientes que se encontravam em abandono de tratamento de 628 pacientes em 2019 para 416 em 2020. Possivelmente pela conscientização da equipe que passou a receber e orientar os usuários para melhorar as condições de vida das PVHA (SANTOS & FILHO, 2019).

Para o acompanhamento farmacoterapêutico foi realizado um corte na população total atendida. A seleção dos pacientes ocorreu durante a demanda livre do atendimento da farmácia. O estudo foi apresentado aos pacientes que manifestavam alguma alteração nos dados clínicos e terapêuticos, como alta CV ou baixo LT-CD4+, baixa adesão, ocorrência de efeitos adversos ou polimedicamentados que não entendiam as terapias e ainda, aos novos casos. Dentre eles, aceitaram participar do estudo 15 pacientes que já estavam em tratamento e 5 novos casos, totalizando 20 usuários.

A contagem de CV e LT-CD4+ são parâmetros de monitoramento e marcadores da doença, que revelam o quanto o paciente está potencialmente sujeito a infecções por doenças oportunistas. Pode-se inclusive afirmar que, uma das características prevalentes entre os pacientes HIV+ debilitados é a baixa contagem de células LT- CD4+ e que o diagnóstico precoce da doença, bem como a adesão ao tratamento evitaria o desenvolvimento da Aids (CASAGRANDE, 2019; ÁLVAREZ BARRENECHE et al., 2017).

A maior parte dos pacientes incluídos no estudo e que já estavam em tratamento, apresentaram contagem de CV alterada e LT-CD4+ abaixo de 350 células/mm³. Destaca-se o PACIENTE 1 que, apesar de estar com LT-CD4+ de 112 células/mm³, estava com CV não detectada. Esse paciente foi enquadrado no protocolo de ILTB, encaminhado ao

médico e após o tratamento profilático, incluindo a Isoniazida 100mg de acordo com o PCDT, teve seus parâmetros normalizados após 6 meses.

Entre os dados laboratoriais dos pacientes acompanhados pelo estudo o PACIENTE 3 e o PACIENTE 12 apresentavam CV muito alterada, maior que um milhão de cópias, pois estavam em abandono do tratamento. O abandono de tratamento é um dado preocupante, pois estabelece um quadro de imunossupressão e imunodeficiência, podendo permitir o desenvolvimento de infecções oportunistas, além poder resultar em resistência viral e necessidade de troca da terapia por uma mais complexa, com mais efeitos adversos e maior número de comprimidos ao dia (CASAGRANDE, 2019).

Entre os pacientes que estavam regulares, mas não conseguiam obter parâmetros laboratoriais normais, foi traçado um plano de cuidado, estimulando o conhecimento sobre seu tratamento e juntamente com a equipe multidisciplinar traçado o plano de metas e realizada as intervenções.

Porém, a maior parte das alterações de CV e LT-CD4+ foi dada pela dificuldade em seguir a posologia recomendada (oportunidade de tomadas e esquecimento) como as causas mais comuns de falhas no processo de uso dos medicamentos promovendo a irregularidade do uso da TARV, já que a adesão ao tratamento é a única forma de manter a supressão viral (MORILLO-VERDUGO et al, 2018).

7.3 IMPLANTAÇÃO DOS SERVIÇOS CLÍNICOS FARMACÊUTICOS

Todos os fatores na área de saúde, podem influenciar de alguma forma com o desenho de um serviço, como sua estrutura e seu ambiente; e, as experiências dos atores ativos junto à equipe responsável envolvida possibilitando a efetividade e a sustentabilidade ao longo prazo. No serviço centrado no paciente, o desenho de um serviço visa analisar a construção do processo, observando necessidades, experiências e expectativas dos pacientes (MOULLIN ET AL, 2016).

Os serviços foram processados como dinâmicos e necessários para se possa desenvolver a organização durante a implantação, de modo que as etapas possuam qualificação, avaliação continuada e reprodutividade da qualidade do serviço, com a

ressonância das funções dos usuários, além dos gestores e profissionais de saúde, de maneira articulada e organizada. (MOULLIN et al, 2016).

O serviço de atendimento da UDM do CTA/SAE Mab estava direcionado para a dispensação, ou seja, entrega das medicações de tratamento, em razão de diversos fatores, como o fato de apenas um farmacêutico para atender a alta demanda de clientes, ou mesmo a rapidez com que esses clientes queriam ser atendidos. Porém, com essa a implantação do serviço, foram vistos resultados positivos, principalmente quanto ao grau de confiança do paciente e da equipe multidisciplinar atuante na unidade (FERREIRA, 2019).

7.4 INTERVENÇÕES E ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO

A farmacoterapia com ARV's é o principal recurso terapêutico para o tratamento das PVHA. As TARV's são prescritas de acordo com o PCDT, sendo o esquema mais utilizado no SAE Marabá o TL + DTG, padronizado como o esquema de primeira escolha para início de tratamento. Seguido pelo tratamento com 3TC/TDF/EFZ (BRASIL, 2018).

A prescrição de TL + DTG foi realizada para os 5 dos casos novos incluídos na pesquisa, porém, o PACIENTE 20 apresentou prescrição e uso concomitante de Fenitoína, o que poderia resultar na diminuição da exposição e eficácia do DTG. Todos os outros pacientes mantiveram o uso do esquema de primeira escolha (CASAGRANDE, 2019).

O esquema de Dolutegravir + Tenofovir + Lamivudina (DTG + 3TC/TDF) é o mais utilizado em ambos os casos. Cerca de 72% dos pacientes fazem uso dessa terapia, devido à boa tolerabilidade e alta potência, além da vantagem de ser administrado apenas uma vez ao dia, de apresentar alta barreira genética e poucos eventos adversos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Dessa forma, devido ao estudo ter selecionado primariamente pacientes com alterações clínicas, a maior parte dos esquemas utilizados pelos pacientes que já faziam tratamento, não reflete a realidade de prevalência do esquema prescrito. Sendo o esquema

mais incidente para os 15 pacientes acompanhados o TDF/3TC/EFZ, que juntamente com o AZT/3TC + EFZ, são os que possuem a mais baixa adesão (PRADO et al, 2016).

Os principais PRMs encontrados foram efeitos indesejados, interações medicamentosas, subdoses, complicações renais ocasionadas pela TARV. O principal medicamento relacionado aos efeitos indesejados foi o EFZ, que já possui essa característica prevista em literatura de apresentar rush cutâneo, falha terapêutica, sintomas depressivos, pesadelos, entre outros (FERREIRA, 2019). Uma forma de intervir para promover a adesão ao tratamento foi encaminhar ao médico, nos casos de abandono, para troca de TARV por esquema de resgate, promover a conscientização do tratamento e em casos específicos manter TARV até realização e resultado de Genotipagem.

Quanto as interações medicamentosas foram encontradas 6. O DTG com a Fenitoína foi uma interação encontrada em paciente no início do tratamento. Para os pacientes que já estavam em tratamento, foi identificada prescrição de ATV sendo administrado junto com Omeprazol para 2 pacientes. Nesse caso, o Omeprazol pode reduzir a exposição do ATV e conseqüentemente sua eficácia. Os pacientes foram encaminhados ao médico solicitando a substituição do Omeprazol e realizado ajuste de horário de medicação. E, o RTV estava sendo ministrado concomitantemente com a Sinvastatina que potencializa os efeitos adversos do RTV (MORILLO-VERDUGO et al, 2018).

As intervenções farmacêuticas foram individualizadas de acordo com o plano desenvolvido junto com o paciente e a equipe multiprofissional. Todas as intervenções propostas foram aceitas por toda a equipe e realizadas. Houve uma significativa evolução do tratamento dos pacientes, da adesão ao tratamento e da melhora dos desfechos clínicos, corroborando com outros estudos que avaliam o papel do farmacêutico (TALL et al., 2020; MORILLO-VERDUGO et al., 2019; CASAGRANDE, 2019).

Além das trocas de TARV por interação e resistência, houve também, a necessidade de ajustes de doses em casos de disfunção renal ou hepática, e para orientação junto à equipe prescritora, de acordo com as recomendações estabelecidas no PCDT (ANEXO C e D) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

O marco principal de avaliação de que as intervenções farmacêuticas contribuem positivamente para a melhora do quadro das PVHA é a análise de dados laboratoriais.

Para os pacientes do grupo 1, foram realizados exames de contagem de CV e LT-CD4+ no início da inclusão no estudo, durante o acompanhamento, seis meses após a primeira testagem e após um ano. Na fase inicial, apenas um único paciente apresentava a CV não detectada, que é o resultado esperado pelo tratamento.

Após seis meses, durante o acompanhamento farmacoterapêutico, sete pacientes (46%) evoluíram para CV não detectável. Sucessivamente, após finalizado o processo de intervenções, um ano após o resultado da primeira CV, foram realizadas novas testagens para todos os pacientes e, 12 (80%) usuários apresentaram CV não detectadas. Os três pacientes que mantiveram contagem de CV presentes, reduziram consideravelmente com todas as menores de 300 cópias. Juntamente com a última dosagem de CV foi realizada a contagem de LT-CD4+ e todos os pacientes tiveram aumento de suas taxas acima de 350 cópias/mm³.

Os pacientes do Grupo 2 já evoluíram para CV não detectado logo após os primeiros seis meses de acompanhamento, mantendo os parâmetros ao longo do ano em conjunto com a contagem de LT-CD4+. Esses resultados corroboram com outros estudos que comprovam o papel positivo da realização do cuidado farmacêutico, principalmente desde o início do tratamento, através das intervenções farmacoterapêuticas, contribui para a identificação de erros de prescrição e interações medicamentosas contendo ARV`s, auxiliando a equipe na resolução de problemas relacionados à farmacoterapia, melhorando a qualidade de saúde e de vida dos pacientes (TALL et al, 2020; RAJESH et al, 2018; DILWORTH et al, 2018).

Com a aplicação dos questionários Med Take e Morisk Green, conseguiu-se avaliar a evolução dos pacientes antes e depois das intervenções, avaliando o conhecimento do paciente sobre o seu tratamento e o seu grau de adesão. O crescimento no percentual do conhecimento em relação à terapia por eles realizada praticamente dobrou, de 34% para 66%. Quanto a classificação da adesão, destaca-se um crescimento de 13% para 80% dos pacientes com alto grau de adesão e uma queda no baixo grau de adesão de 87% para 20%. E, entre o baixo grau de adesão intencional, ocorre pelo fato de o paciente deixar de tomar o medicamento quando se sente mal (PRIMO, 2015).

Os pacientes do Grupo 2, que foram acompanhados desde o início do tratamento, tiveram uma evolução notória, apresentando, após seis meses da primeira consulta

farmacêutica, conhecimento sobre a terapia com escore de 80% e alto grau de adesão ao tratamento. Apenas 2 pacientes desse grupo foram enquadrados como baixo grau de adesão, entretanto, foram classificados como baixo grau de adesão não intencional, ou seja, estão relacionadas ao esquecimento e descuido do horário de tomar a medicação (PRIMO, 2015).

Com o acompanhamento farmacoterapêutico e as intervenções aplicadas em conjunto com os pacientes, eles passaram a entender o processo do próprio tratamento e a participar ativamente na execução, isso fez com que, proporcionalmente houvesse o aumento da adesão (Tall et al, 2020).

Compactuando com estudos que deliberam o fato de que o cuidado farmacêutico melhora o processo do entendimento sobre sua doença e sobre a necessidade do tratamento, diminuindo riscos e PRM, aprimorando a adesão e a qualidade de vida (MORILLO-VERDUGO et al, 2019; PRIMO, 2015).

Porém, a adesão ao tratamento do HIV tem caráter muito variável, pois, o mesmo paciente infectado pode apresentar fraca adesão em um momento específico e pode ter aderência desejável sob outras circunstâncias, destacando sobremaneira, a necessidade do acompanhamento mais próximo e humanizado (TALL et al, 2020).

Alguns estudos consolidam com o desfecho esperado desse trabalho, com resultados positivos provenientes dos processos de implantação dos serviços farmacêuticos. Como ressalta GARCIA E FALCON (2018), que realizou um estudo de implantação do serviço clínico farmacêutico evidenciando resultados de aumento na adesão terapêutica, resolvendo a maioria dos desfechos negativos associados à medicação e alcançando a satisfação de pacientes e cuidadores. No caderno 4 do Cuidado farmacêutico na atenção básica, do Ministério da Saúde (2015), também podemos acompanhar a implantação dos serviços de clínica farmacêutica no município de Curitiba, apresentando os impactos dessa implantação sentido desde as esferas de gestão municipais de saúde até os pacientes, aproximando o profissional farmacêutico a comunidade e a equipe multiprofissional, revelando durante o estudo problemas ligados ao medicamento que antes eram ocultos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados coletados nessa pesquisa confirmaram a importância do cuidado farmacêutico direcionado ao paciente soropositivo para HIV. A farmácia é o coração da unidade CTA/SAE Marabá e, provavelmente, é o coração das unidades dispensadoras de medicamentos antirretrovirais. A maioria dos pacientes que fazem acompanhamento terapêutico neste serviço usavam apenas o atendimento da farmácia, algumas vezes por realizarem acompanhamento clínico particular, outras pelo medo de tempo de exposição na unidade pela estigmatização da doença. O fato é que, se for realizada apenas a dispensação, com entrega de medicações, a real situação de saúde do paciente ficará oculta.

Talvez a parte inicial seja mais difícil, pois a confiança do paciente tem que ser conquistada. Para isso, foi iniciada a implantação do cuidado farmacêutico, com as intervenções mais urgentes avaliadas no acompanhamento. De acordo com o sucesso de cada intervenção, a confiança não apenas do paciente, como também de toda equipe foi sendo conquistada.

A Implantação do Cuidado Farmacêutico aos Pacientes Portadores de HIV/Aids no Município de Marabá, Estado do Pará, comprovou que o acompanhamento farmacoterapêutico desde o início do tratamento do paciente não só contribui positivamente com o estímulo do autocuidado, melhorando o conhecimento sobre a doença e a necessidade da terapia, proporcionando inclusive a melhor aceitação da doença, como também proporciona um avanço visível nos parâmetros laboratoriais e na adesão ao tratamento.

Esses avanços foram notórios também nos pacientes que já realizavam a terapia com os antirretrovirais, a aplicação das intervenções farmacêuticas, não apenas melhoraram a adesão dos pacientes ao TARV, como também, levaram à supressão viral, melhoraram a imunodepressão, a qualidade de vida e morbidade, além de diminuir custos. Portanto, o estudo comprova a efetividade de serviço, podendo servir de exemplo para outras unidades de atendimento.

REFERÊNCIAS

- ABEBE, T.; ERKU, D.; GEBRESILLASSIE, B.; HAILE, K.; MEKURIA, A. Expectation and satisfaction of HIV/AIDS patients toward the pharmaceutical care provided at Gondar university referral hospital, northwestern Ethiopia: A cross-sectional study. *Patient Preference and Adherence*. 2016;10:2073-2082. DOI 10.2147/PPA.S114720
- ABRÃO, F. M. S.; et al. Características Estruturais e Organizacionais de Serviços de Assistência Especializada em Hiv/Aids na Cidade de Recife, Brasil. *Revista Baiana de Saúde Pública, Salvador, Bahia*, v. 38, n. 1, p.140-154, mar. 2014.
- ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (orgs); Política nacional do idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.
- ÁLVAREZ BARRENECHE, M. F. et al. Hospitalization causes and outcomes in HIV patients in the late antiretroviral era in Colombia. *AIDS Research and Therapy*, v. 14, n. 1, p. 60, 2017.
- ANGELO, F. A. A Importância do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Revista Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ*, ed. 19, 2016.
- ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3603-14, 2010.
- APPOLLONI, L. et al. Integration among hospital pharmacist and infectious diseases physicians in the outpatient management of HIV infection. *Le Infezioni in Medicine*.V.22, n.1, p. 19-25, 2014.
- BENZAKEN, A. As conquistas e desafios no enfrentamento ao HIV/Aids no Brasil (Painel). 15ª Expoepi: 27 de junho de 2017. Brasília. Distrito Federal. Publicado em 30 de junho de 2017. Disponível em: <http://www.Aids.gov.br/pt-br/noticias/conquistas-e-desafios-no-enfrentamento-ao-hivAids-no-brasil>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde – Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 1. Brasília, Ministério da Saúde 2014.
- BRASIL. Congresso. Senado. 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.
- BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/Aids: Recomendações do Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST AeHV, editor. Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil : coletânea de estudos do

Projeto Atar : Projeto Atar Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, Aids e Hepatites Virais. Nota Informativa nº 03/2018, de 10 de abril de 2018. Apresenta as recomendações de substituição (switch) de esquemas de terapia antirretroviral contendo ITRNN ou IP/r por dolutegravir, para pessoas vivendo com HIV com supressão viral maiores de 12 anos de idade. 2018. Brasília. Distrito Federal.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. 2018. Brasília. Distrito Federal.

BRASÍLIA. Adele Benzaken. Governo Federal. História da AIDS. 2016.

BONOLO, P. F.; GOMES, R. R. F. M. & GUIMARÃES, M. D. C. Adesão à terapia antirretroviral (HIV/AIDS): fatores associados e medidas da adesão. Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.

CASAGRANDE, B. J. O farmacêutico clínico e o cuidado de pacientes HIV+ no ambiente hospitalar. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina: Mestrado Profissional em Farmacologia. Florianópolis. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução no 585, de 29 de agosto de 34 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, Poder Executivo; 2013. Seção 1, p. 186 p.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Serviços farmacêuticos diretamente relacionados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual / Conselho Federal de Farmácia – Brasília: Conselho Federal de Farmácia – CFF, 2016.

DILWORTH, T.; KLEIN, P.; MERCIER, R.; BORREGO, M.; JAKEMAN, B.; PINKERTON, S. Clinical and economic effects of a pharmacist-administered antiretroviral therapy adherence clinic for patients living with HIV. *Journal of Managed Care and Specialty Pharmacy*. 2018;24(2):165-172. DOI 10.18553/jmcp.2018.24.2.165

DOMINGUES, E.; FERRIT-MARTÍN, M.; CALLEJA-HERNÁNDEZ, M. Impact of pharmaceutical care on cardiovascular risk among older HIV patients on antiretroviral therapy. *International Journal of Clinical Pharmacy*. 2017;39(1):52-60. DOI 10.1007/s11096-016-0387-1

DUNCOMBE, C. B. A.; PASSARELLI, C.; HIRNSCHALL, G. Treatment 2.0: catalyzing the next phase of treatment, care and support. 2013.

ESCOVITZ, A.; PATHAK D. S. Health outcomes and pharmaceutical care. Measurement, applications and initiatives. New York: Pharmaceutical Products Press, 1997. 227 p.

FORD, N. et al. Causes of hospital admission among people living with HIV worldwide: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet HIV*, 2015a.

GARCIA-CARDENAS, V. et al. The complexity of implementation factors in professional pharmacy services. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, v. 14, n. 5, p. 498-500, 2018.

GARCIA-CARDENAS, V.; ROSSING, C.; BENRIMOJ, S.I.C. Pharmaceutical Care and Implementation Strategies. In: *The Pharmacist Guide to Implementing Pharmaceutical Care*. Springer, Cham, p. 203-212, 2019.

GASTELURRUTIA, M. A. et al. Barriers and facilitators to the dissemination and implementation of cognitive services in Spanish community pharmacies. *Seguimiento Farmacoterapeutico.*, v. 3, n.2, p. 65-77, 2005.

HIGGINS, J. P. T.; GREEN, S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Volume 4 de Wiley Cochrane Series. 2011. John Wiley & Sons. ISBN 1119964792, 9781119964797. 672 p

HOFFMANN C, ROCKSTROH JK. HIV 2015/2016. Hamburg: Medizin Fokus Verlag; 2015.

HOSSEINI, Z.; EFTKHAR, H.; NEDJAT, S.; et al. Adherence to HIV/AIDS antiretroviral therapy among drug users: a qualitative study in Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2016;21:29-37.

JEANG, K., World AIDS Day 2007: AIDS at 26, are we there yet? *Retrovirology*, v. 4, 2007.

LAROQUE, M. F.; AFFELDT, A. B.; CARDOSO, D. H.; SOUZA, G. L.; SANTANA, M. G.; LANGE, C. Sexualidade do idoso: comportamento para a prevenção de DST/AIDS. *Ver Gaúcha Enferm.*, v. 32, n. 4, p.774-80, 2011.

MACHUCA, M.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F.; FAUS, M. J. *Método Dáder: Manual de Acompanhamento Farmacoterapêutico*. Granada: GIAF-UGR, 2003.

MARIN N, LUIZA VL, OSORIO-DE-CASTRO CGS, MACHADO-DOS-SANTOS S. *Assistência farmacêutica para gerentes municipais; The basic pharmaceutical care for municipal managers*. 2003.

MINAS GERAIS (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Assistência Farmacêutica. *Guia do cuidado farmacêutico: Rede Farmácia de Minas: uma estratégia para promover o uso racional de medicamentos e a farmacovigilância no SUS*. Belo Horizonte: SES-MG, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

MOLINO, C.; CARNEVALE, R.; RODRIGUES, A.; MORIEL, P.; MAZZOLA, P. HIV pharmaceutical care in primary healthcare: Improvement in CD4 count and reduction in drug-related problems. *Saudi Pharmaceutical Journal*. 2017;25(5):724-733. DOI 10.1016/j.jsps.2016.11.004

MORIEL, P. et al. Efeitos das Intervenções Farmacêuticas em Pacientes com HIV Positivo: Influência nos Problemas Farmacoterapêuticos, Parâmetros Clínicos e Economia. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*. v. 2, n.3, 2011.

MORILLO-VERDUGO, R.; MARTÍNEZ-SESMERO, J. M.; LÁZARO-LÓPEZ, A.; SÁNCHEZ-RUBIO, J.; NAVARRO-AZNÁREZ, H.; DEMIGUEL-CASCÓN, M. Development of a risk stratification model for pharmaceutical care in HIV patients. *Farm Hosp*. 2017 1;41(3):346-356.doi: 10.7399/ fh.2017.41.3.10655.

MORILLO-VERDUGO, R. M.; ROBUSTILLO-CORTÉS, A.; GARCÍA, M.; ALMEIDA-GONZÁLEZ, C. Influence of pharmacist intervention, based on CMO model, to improve activation in HIV patients. *Journal of Managed Care and Specialty Pharmacy*. 2018;24(2):165-172. DOI 10.18553/jmcp.2018.24.2.165

MORILLO-VERDUGO, R.; ROBUSTILLO-CORTÉS, M.; MARTÍN-CONDE, M.; CALLEJÓN-CALLEJÓN, G.; CID-SILVA, P.; MORIEL-SÁNCHEZ, C.; TORTAJADA-GOITIA, B.; ALMEIDA-GONZÁLEZ, C. Effect of a Structured Pharmaceutical Care Intervention Versus Usual Care on Cardiovascular Risk in HIV Patients on Antiretroviral Therapy: INFAMERICA Study. *Annals of Pharmacotherapy*. 2018;52(11):1098-1108. DOI 10.1177/1060028018778045

MORISKY, D.E.; GREEN, L.W.; LEVINE, D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, v. 24, n. 1,1986.

MORISKY, D. E. et al. Health education program effects on the management of hypertension in the elderly. *Arch Intern Med*. v.142, n.10, 1982.

MOULLIN, J. C.; SABATER-HERNÁNDEZ, D.; BENRIMOJ, S. Model for the evaluation of implementation programs and professional pharmacy services. *Res Social Adm Pharm.*, v. 12, n.3, p.515-22, 2016

NUNES, Altacílio Aparecido et al. Análise do Perfil de Pacientes com HIV/Aids Hospitalizados Após Introdução da Terapia Antirretroviral (HAART). *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l], v. 20, n. 10, 2015.

OPAS. Relatório da Oficina de Trabalho ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO BRASIL, Fortaleza, 2001.

Ortego C, Huedo-Medina TB, Llorca J, Sevilla L, Santos P, Rodríguez E, et al. Adherence to highly active antiretroviral therapy (HAART): a meta-analysis. *AIDS Behav*. 2011.

PAULINO, E. et al. The impact of pharmacy services on health related quality of life. In: *International Journal of Clinical Pharmacy.*, Van godewijckstraat 30, 3311 gz dordrecht, netherlands: springer, p. 506-506. 2018

PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. Cuidado: as fronteiras da integralidade. 3.ed. Hucitec/IMS/Uerj-Abrasco. 2005.

POTTES, F. A.; BRITO, A. M.; GOUVEIA, G. C.; ARAÚJO, E. C.; CARNEIRO, R. M. Aids e envelhecimento: características dos casos com idade igual ou maiores que 50 anos em Pernambuco, de 1990 a 2000. *Rev. Bras. Epidemiol*, v. 10, n. 3, p. 338-51, 2007.

PRIMO, L. P, Gestão do cuidado em HIV/AIDS: impacto da atuação do farmacêutico clínico na adesão à terapia antiretroviral (TARV). Ribeirão Preto, 2015.

PRUST, M. L.; BANDA, C. K.; CALLAHAN, K.; NYIRENDA, R.; CHIMBWANDIRA, F.; KALUA, T.; ELIYA, M.; EHRENKRANZ, P.; PRESCOTT, M.; MCCARTHY, E.; TAGAR, E.; GUNDA, A. Patient and health worker experiences of differentiated models of care for stable HIV patients in Malawi: a qualitative study. *PLoS One*. 2018 Jul 19;13(7):e0196498. doi: 10.1371/journal.pone.0196498. eCollection 2018.

POLEJACK, L., SEIDL, E. M. F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 1), 2010.

RAEHL, C. L. et al. individualized drug assessment in the elderly. *Pharmacotherapy*, v.22 n.10, 2002.

RAJESH, V.; JOHANNA, C.; BRIAN, G. A. Relationship between adherence and health-related quality of life among HIV-patients in South Africa: findings and implications. *Journal of AIDS and HIV Research*. 2018;10(8):121-132 DOI 10.5897/jahr2018.0478.

ROBERTS, A.S. et al. Understanding practice change in community pharmacy: a qualitative research instrument based on organisational theory. *Pharm World Sci.*, v.25, n.5, p.227–34, 2003.

ROMEU, Geysa Aguiar et al. Avaliação da Adesão a Terapia Antirretroviral de Pacientes Portadores de HIV. *Revista Brasileira Farm Hosp Serv Saúde.*, São Paulo, v. 3, n. 1, 2012.

ROTTA, I. et al. Effectiveness of clinical pharmacy services: an overview of systematic reviews (2000–2010). *International Journal of Clinical Pharmacy.*, v. 37, n. 5, p. 687–697, 2015.

SABERI, P. et al. The impact of HIV clinical pharmacist on HIV treatment outcomes: a systematic review. *Patient Preference an Adherence*.V.6 N.1, 2012.

SILVA, José Adriano Góes et al. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 31, n. 6, 2015.

SIMONI, J. M. et al. Antiretroviral adherence interventions: a review of current literature and ongoing studies. *Internacional Aids Society-USA, Topics in HIV Medicine*. V. 11, n. 6, p. 185-198, 2003.

SURUR, A.; TENI, F.; WALE, W.; AYALEW, Y.; TESFAYE, B. Short-term effectiveness of a community health worker intervention for HIV-infected pregnant women in Tanzania to improve treatment adherence and retention in care: A cluster-randomized trial. *PLoS ONE*. 2017;12(8). DOI 10.1371/journal.pone

SURUR, A.; TENI, F.; WALE, W.; AYALEW, Y.; TESFAYE, B. Health related quality of life of HIV/AIDS patients on highly active anti-retroviral therapy at a university referral hospital in Ethiopia. *BMC Health Services Research*. 2017;17(1). DOI 10.1186/s12913-017-2714-1

TALL, Y. R. A.; MUKATTASH, T. L.; SHEIKHA, H.; JARAB, A. S.; NUSAIR, M. B.; ABU-FARHA, R. K. An assessment of HIV patient's adherence to treatment and need for pharmaceutical care in Jordan. *Int J Clin Pract.* 2020;00:e13509. DOI 10.1111/ijcp.13509

TAVARES, A. P. S. B. Sistemática para Otimização da Adesão ao Tratamento Antirretroviral para Pacientes que Vivem com Hiv/Aids. *Rev Sau Aer.* 2020 Mar; 3(1):18-24

Thompson IR, Bidgood P, Petróczi A, Denholm-Price JCW, Fielder MD. An alternative methodology for the prediction of adherence to anti HIV treatment. *AIDS Res Ther.* 2009.

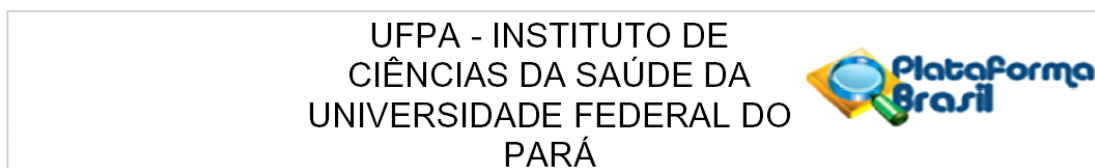
VIANNA, M. M. O.; RIBEIRO, M. C. S.; SOUZA, R. A.; BARBOSA, E.; SOUZA, K. V.; KALICHMAN, A. O.; et al. Manual de Boas Práticas em Adesão e Retenção de Usuários em Serviço Ambulatorial para PVHA. Projeto "Apoio a Clínica Ampliada, Gestão participativa e Adesão no CRT-DST/AIDS". Coordenação do Programa Estadual de IST/ AIDS-São Paulo, 2018.

WHO WHO. Global HIV/AIDS response: epidemic update and health sector progress towards universal access: progress report 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO medicines strategy:** framework for action in essential drugs and medicines policy 2000–2003.

ANEXOS

ANEXO A: Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPLANTAÇÃO DO CUIDADO FARMACÊUTICO AOS PACIENTES PORTADORES DE HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE MARABÁ, ESTADO DO PARÁ

Pesquisador: CAROLINA HEITMANN MARES AZEVEDO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 24769219.8.0000.0018

Instituição Proponente: Faculdade de Farmácia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.780.339

Apresentação do Projeto:

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) causada pela infecção do vírus da imunodeficiência humana (HIV), foi identificado em 1981, e ainda hoje, constitui um sério problema de Saúde Pública em todo o mundo (BRASIL, 2016). Importantes avanços foram alcançados no Brasil, desde a descoberta da AIDS, com a sanção da Lei 9.313, de 13 de novembro de 1996, que dispõe sobre a obrigação do estado de distribuir, de forma universal e gratuita, os medicamentos para terapia antirretroviral (TARV) (BRASIL, 1996; AYRES, 2006). Especialmente com o advento da terapia antirretroviral de alta eficácia (HAART), a história natural da AIDS foi alterada, mudando o perfil da epidemia, resultando na melhora dos indicadores de morbidade, de mortalidade e de qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) (PRIMO, 2015). Estas conquistas contribuíram para que a infecção pelo vírus HIV, na atualidade, se tornasse uma doença de caráter crônico e controlável, possibilitando a reinserção social das PVHA com a retomada nas rotinas diárias e profissionais (CARNEVALE, 2012). Entretanto, o sucesso terapêutico requer níveis elevados de adesão ao tratamento, com o uso diário e contínuo, na dose e hora certas, necessários para que ocorra a supressão da replicação viral e melhora imunológica e de outros desfechos clínicos; para a redução do risco de desenvolver resistência aos TARV; e para reduzir o risco de transmissão do vírus HIV, o que ainda é um grande desafio a ser vencido. A farmácia é a principal porta de atendimento nos serviços público especializado, a implantação do cuidado farmacêutico

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

**UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ**



Continuação do Parecer: 3.780.339

aos pacientes portadores de HIV/AIDS no município de Marabá/PA, se faz necessário para a melhoria do serviço do processo do cuidado ao usuário do SUS, portador do vírus HIV, buscando ampliar a efetividade e qualidade na atenção prestada, buscando a redução da toxicidade associada ao tratamento medicamentoso, para melhorar a qualidade de vida do paciente e a adesão ao tratamento.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Implantar o cuidado farmacêutico aos pacientes portadores de HIV/AIDS no município de Marabá/PA e avaliar o impacto das intervenções farmacêuticas na evolução clínica e adesão do tratamento antirretroviral. Objetivo Secundário: • Realizar acompanhamento farmacoterapêutico em pacientes infectados pelo HIV;• Avaliar a adesão dos pacientes ao TARV antes e após a implantação do serviço;• Identificar os fatores sociodemográficos: gênero, faixa etária, município de residência associados a adesão ao tratamento ARV;• Identificar as características terapêuticas: duração do tratamento, troca de esquema de ARV e atraso na dispensação de ARV associadas à adesão ao tratamento antirretroviral;• Descrever e verificar a influência das intervenções farmacêuticas no estímulo à adesão da terapia medicamentosa;• Avaliar o impacto destas ações na imunidade e replicação viral através da contagem de linfócitos T CD4+ e da quantificação da carga viral dos pacientes em acompanhamento;• Quantificar e classificar os problemas farmacoterapêuticos anteriores e posteriores ao acompanhamento farmacêutico;• Elaborar um protocolo de Procedimento Operacional Padrão (POP) que favoreça um trabalho interdisciplinar de cuidado à saúde de PVHA.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Poderá gerar algum tipo de estresse causado pelas respostas à entrevista. Porém, para prevenção desse risco, foi estruturado um questionário com respostas diretas que será respondido pelo paciente e/ou responsável legal. Além disso, poderá haver medo de exposição de caso, por isso, a pesquisadora compromete-se a manter o sigilo quanto a identidade e dados, não fazendo nenhuma referência individual a qualquer um dos envolvidos, utilizando as informações obtidas apenas para fins acadêmico-científicos. Dessa forma, os riscos para a participação serão mínimos, pois não haverá nenhum procedimento invasivo e/ou intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas.

Benefícios: Espera-se que com a implantação do cuidado farmacêutico aos pacientes com HIV/Aids, no CTA/SAE – Marabá/PA, ajudar a melhorar as estratégias para aperfeiçoar o serviço do

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

**UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ**



Continuação do Parecer: 3.780.339

cuidado às pessoas vivendo com HIV/Aids atendidos nessa unidade, melhorando a qualidade de vida dessas pessoas, além de otimizar a maior expectativa e qualidade de vida, aumentando a adesão do paciente ao tratamento medicamentoso, reduzir os custos para a instituição e o sistema de saúde, contribuindo para a diminuição de complicações, internações, óbitos e conseqüentemente, dos custos relacionados a essas ações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo encaminhado dispõe de metodologia e critérios definidos conforme resolução 466/12 do CNS/MS. Trata ainda da respostas às pendências citadas no parecer nº3.739.111, as quais este colegiado entende como satisfatória e dá como aprovado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados , nesta versão, contemplam os sugeridos pelo sistema CEP/CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1414432.pdf	09/12/2019 15:08:11		Aceito
Outros	termo_aceite_CTA_SAE.pdf	09/12/2019 15:05:53	CAROLINA HEITMANN MARES AZEVEDO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_HIV.pdf	09/12/2019 15:05:21	CAROLINA HEITMANN MARES AZEVEDO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_mestrado_HIV.docx	17/10/2019 21:21:14	CAROLINA HEITMANN MARES AZEVEDO	Aceito
Outros	declaracaodeinsecaodeonus.pdf	22/08/2019 20:47:12	CAROLINA HEITMANN MARES AZEVEDO	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	22/08/2019 20:44:09	CAROLINA HEITMANN MARES	Aceito

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá ,UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

**UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ**



Continuação do Parecer: 3.780.339

Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	22/08/2019 20:44:09	AZEVEDO	Aceito
Outros	fichautilizacaooservicos1.doc	14/08/2019 15:12:35	CAROLINA HEITMANN MARES AZEVEDO	Aceito
Outros	termo_aceite_orientador.pdf	14/08/2019 15:04:09	CAROLINA HEITMANN MARES AZEVEDO	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento_CEP.pdf	14/08/2019 15:02:40	CAROLINA HEITMANN MARES AZEVEDO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_compromisso_pesquisador.pdf	13/08/2019 20:27:48	CAROLINA HEITMANN MARES AZEVEDO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_consentimento_instituicao.pdf	13/08/2019 20:26:52	CAROLINA HEITMANN MARES AZEVEDO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 18 de Dezembro de 2019

Assinado por:

**Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá ,UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.

Bairro: Guamá

CEP: 66.075-110

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-7735

Fax: (91)3201-8028

E-mail: cepccs@ufpa.br

ANEXO B: Carta de Aceite de Publicação de Artigo de Revisão Sistemática

ACERVO
Mais Revistas
www.acervomais.com.br

**REAS, Revista Eletrônica Acervo
Saúde (ISSN 2178-2091)**

CARTA DE ACEITE DE MANUSCRITO

Informamos que o artigo abaixo foi considerado para publicação na REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde (ISSN 2178-2091).

Título do artigo:

Intervenções Farmacêuticas e seus desfechos em portadores de HIV/AIDS em atendimento em média complexidade.

Autor/Coautores:

Jorgete Carneiro Chaves

Ana Cristina Lo Prete

Orenzio Soler

Carolina Heitmann Mares Azevedo Ribeiro

Segunda-feira, Agosto 24, 2020



Dr. Diego Andreazzi Duarte

Editor-chefe da revista.

NOTA:

* O aceite do artigo está sujeito a confirmação do pagamento e documentação conforme as normas da revista.

** O aceite não extingue a possibilidade de correções ou adequações no conteúdo do trabalho.

Rua Joaquim Chavasco, 1111 - Centro,

Ouro Fino, MG - CEP: 37507-000.

ANEXO C: Artigo de Revisão Sistemática**Intervenções Farmacêuticas e seus desfechos em portadores de HIV/AIDS em atendimento em média complexidade**

Pharmaceutical Interventions and their outcomes in HIV / AIDS patients in medium complexity care

Intervenciones farmacéuticas y sus resultados en pacientes con VIH / SIDA en atención de complejidad media

Jorgete Carneiro Chaves¹, Ana Cristina Lo Prete², Orenzio Soler³, Carolina Heitmann Mares Azevedo Ribeiro³.

RESUMO

Introdução: o manejo da infecção pelo HIV e as taxas de sobrevivência dos pacientes evoluíram tanto que atualmente é considerada uma condição crônica que pode ser controlada com tratamento. Com melhor arsenal terapêutico disponível e melhores perfis de medicamentos, a expectativa de vida dos pacientes com infecção pelo HIV aumentou, embora com aumento paralelo das comorbidades associadas à idade. **Objetivo:** investigar evidências sobre tipos de intervenções, dando ênfase às intervenções farmacêuticas, e seus respectivos desfechos clínicos, epidemiológicos, de acesso, humanístico e econômicos em portadores de HIV/Aids em atendimento de média complexidade. **Método:** revisão sistemática e síntese narrativa. **Resultados:** há evidências de que as intervenções farmacêuticas profissionais, financeiras, governamentais e multifacetadas, melhoram os desfechos clínicos, epidemiológicos, de acesso e equidade, humanístico e econômicos em portadores de HIV/Aids em atendimento de média complexidade. **Conclusão:** diversas intervenções farmacêuticas ao portador de HIV/Aids se mostraram importantes na melhora de desfechos clínicos, epidemiológicos, humanísticos e de acesso e equidade, tendo assim o cuidado farmacêutico se mostrado importante para fortalecer as estratégias do uso racional de medicamentos e promovendo a melhoria da qualidade de vida do paciente.

Palavras-chave: Revisão Sistemática, Intervenções Farmacêuticas, Cuidado Farmacêutico, HIV/AIDS, Atenção de Média Complexidade.

¹ Discente. Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica. Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém - Pará. *E-mail: jorgetecarneiro@hotmail.com

² Professora. Faculdade de Farmácia da Universidade São Judas Tadeu (USJT), São Paulo – São Paulo.

*E-mail: analoprete@gmail.com

³ Professor. Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica. Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém – Pará. *E-mail: orenziosoler@gmail.com; carolmheitmann@hotmail.com

ABSTRACT

Introduction: HIV infection management and patient survival rates have evolved so much that it is no longer considered a fatal disease, but a chronic condition that can be controlled with treatment. With a better therapeutic arsenal available and better medication profiles, the life expectancy of patients with HIV infection has increased, albeit with a parallel increase in age-associated comorbidities. **Objective:** to investigate evidence on types of interventions, emphasizing pharmaceutical interventions, and their respective clinical, epidemiological, access, humanistic and economic outcomes in patients with HIV / AIDS in medium complexity care. **Method:** systematic review and narrative synthesis. Results: there is evidence that professional, financial, governmental and multifaceted pharmaceutical interventions improve clinical, epidemiological, access and equity, humanistic and economic outcomes in people with HIV / AIDS in medium complexity care. **Conclusion:** several pharmaceutical interventions for people with HIV / AIDS have proved to be important in improving clinical, epidemiological, humanistic and access and equity outcomes, thus pharmaceutical care has been shown to be important in strengthening strategies for the rational use of medicines and promoting improvement of the patient's quality of life.

Keywords: Systematic Review. Pharmaceutical Interventions. Pharmaceutical Care. HIV / AIDS. Attention of Medium Complexity.

RESUMEN

Introducción: la infección por VIH y las tasas de supervivencia de los pacientes han evolucionado tanto que ahora se considera una condición crónica revisado con tratamiento. Con un mejor arsenal terapéutico disponible la esperanza de vida de los pacientes con infección por VIH ha aumentado, aunque con un aumento paralelo de las comorbilidades relacionadas con la edad. **Objetivo:** investigar la evidencia sobre los tipos de intervenciones, enfatizando las intervenciones farmacéuticas y sus respectivos resultados clínicos, epidemiológicos, de acceso, humanísticos y económicos en pacientes con VIH/SIDA. **Método:** revisión sistemática y síntesis narrativa. **Resultados:** existe evidencia de que las intervenciones farmacéuticas profesionales, financieras, gubernamentales y multifacéticas mejoran los resultados clínicos, epidemiológicos, de acceso y equidad, humanísticos y económicos en pacientes con VIH/SIDA en atención de complejidad media. **Conclusión:** se ha demostrado que varias intervenciones farmacéuticas para personas con VIH/SIDA son importantes para mejorar los resultados clínicos, epidemiológicos, humanísticos y de acceso y equidad, por lo que se ha demostrado que la atención farmacéutica es importante para fortalecer estrategias para el uso racional de medicamentos y promover mejoras de la calidad de vida del paciente.

Palabras clave: Revisión sistemática, Intervenciones farmacéuticas, Atención farmacéutica, VIH/SIDA, Atención de complejidad media.

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) – *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) –, causada pela infecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), foi identificado em 1981 e, ainda hoje, constitui um sério problema de Saúde Pública em todo o mundo (Benzaken, 2017). A infecção pelo HIV e a AIDS fazem parte da Lista Nacional de

Notificação Compulsória de Doenças (Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016), sendo que a AIDS é de notificação compulsória desde 1986, e a infecção pelo HIV é de notificação compulsória desde 2014, tornando-se assim, obrigatória a comunicação de ocorrência de ambos os casos (Brasil, 2018).

De acordo com o Boletim Epidemiológico Anual HIV/AIDS do Ministério da Saúde, estima-se que aproximadamente 37 milhões de pessoas no mundo estejam infectadas com o HIV. No Brasil, a em torno de 866 mil pessoas viviam com o HIV no ano passado, dos quais 84% (731 mil) haviam disso diagnosticadas e 75% (548 mil) estavam em tratamento antirretroviral (Brasil, 2018; Duncombe et al, 2013).

Desde a descoberta da AIDS, importantes avanços foram alcançados no Brasil, iniciando-se com a sanção da Lei 9.313, de 13 de novembro de 1996, que dispõe sobre a obrigação do Estado de distribuir, de forma universal e gratuita, os medicamentos para Terapia Antirretroviral (TARV) (Brasil, 1996; Prust et al, 2018). Especialmente com o advento da Terapia Antirretroviral de Alta Eficácia (HAART), a história natural da AIDS foi alterada, mudando o perfil da epidemia, resultando na melhora dos indicadores de morbidade, de mortalidade e de qualidade de vida do que intitularam “Pessoas Vivendo com HIV/AIDS” (PVHA) (Primo, 2015).

O Programa Nacional de DST/Aids (PN-DST/Aids) através do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a disponibilizar prevenção combinada e saúde reprodutiva das PVHA, procurando apresentar estratégias para compreensão do cuidado integral e enfrentamento da epidemia, com melhoria da oferta de serviços e da qualidade de assistência à saúde aos pacientes, tornando o Brasil um dos pioneiros a atestar pelo SUS o direito igualitário e universal de acesso a medicamentos para o tratamento de doenças oportunistas e para os antirretrovirais (Abrão et al, 2014).

Além disso, conforme o Protocolo Clínico Brasileiro para o Manejo da Infecção pelo HIV em adultos, atualizado em 2017, o início da TARV é estimulado, independente da contagem de linfócitos T CD4⁺, na perspectiva de redução da transmissibilidade do HIV (Hosseini et al, 2016). Estas conquistas contribuíram para que na atualidade, a infecção pelo vírus HIV se tornasse uma doença de caráter crônico e controlável, possibilitando a reinserção social das PVHA, com retomada nas rotinas diárias e profissionais (Morillo-Verdugo et al, 2017). Entretanto, o sucesso terapêutico requer níveis elevados de adesão ao tratamento, com o uso diário e contínuo, na dose e horário corretos, necessários para que ocorra a supressão da replicação viral e melhora imunológica e de outros desfechos clínicos. Vale ressaltar que os aspectos epidemiológicos, de acesso e econômicos, que podem dificultar a aquisição dos medicamentos, assim como questões humanísticas de acolhimento do paciente, também impactam na adesão ao tratamento. Tais medidas visam tanto a redução do risco de desenvolver resistência aos TARV, como de transmissão do vírus HIV, o que ainda é um grande desafio a ser vencido (Hosseini et al, 2016). Neste contexto, o objetivo do presente estudo foi investigar evidências sobre tipos de intervenções e seus respectivos desfechos clínicos, epidemiológicos, de acesso, humanístico e econômicos em portadores de HIV/AIDS em atendimento de média complexidade.

METODOLOGIA

Trata-se de uma Revisão Sistemática e Síntese Narrativa que se fundamenta na identificação, seleção e avaliação da qualidade de evidências (Higgins et al, 2011; Brasil, 2012). A busca foi elaborada com base na pergunta norteadora sobre “haver evidências disponíveis de tipos de intervenções e seus respectivos desfechos clínicos, epidemiológicos, de acesso, humanístico e econômicos em portadores de HIV/AIDS em atendimento de média complexidade”. Para isso, montou-se uma estratégia de busca que fomentou estudos publicados nas bases *Cochrane Library*, *Epistemonikos*, *Health Evidence*, *Health Systems Evidence*, Biblioteca Virtual de Saúde e *Google Scholar*, incluindo *Medical Subject Headings (MeSH)* e *Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)*. Houve restrição de tempo, incluindo artigos publicados de 2015 a 2019, , porém, não houve restrição de idioma. A busca incluiu os domínios “Pharmaceutical attention”, “Pharmaceutical Care”, “Pharmaceutical Interventions”, “Pharmaceutical Services”, “HIV/AIDS”, “Medium Complexity Attention” e “Medium Complexity Care”, sendo adaptada para as distintas bases eletrônicas, utilizando-se dos operadores booleanos OR e AND. As estratégias de buscas estão detalhadas e disponíveis no Material Suplementar 1.

O acrônimo PICO foi utilizado para filtrar os critérios de inclusão, onde “P” é a População: maior de 18 anos e de ambos os sexos; “I” a Intervenção: Cuidado Farmacêutico; “C” o Controle: qualquer outra intervenção; “O” os Desfechos: clínicos, epidemiológicos, humanísticos, de acesso e econômicos. A triagem dos títulos e resumos recuperados foram selecionados de forma independente pelos autores, respeitando-se os critérios de inclusão. A Figura 1 apresenta o fluxograma do processo de seleção das publicações incluídas. Vale ressaltar que quaisquer incertezas ou desentendimentos remanescentes foram resolvidos por consenso por meio de diálogo entre os autores. Os artigos de texto completo foram recuperados, os dados extraídos e a qualidade dos artigos avaliada. Definições relacionadas à assistência farmacêutica e ao Cuidado Farmacêutico para portadores de HIV/Aids estão disponíveis no Material Suplementar 2.

O *Mendeley Desktop*® foi utilizado como gerenciador de referências. A Plataforma *Rayyan*® foi utilizada para fazer a triagem e seleção dos artigos. O *Prisma Flow Diagram*® foi utilizado para descrever o fluxo de informações das diferentes fases da revisão sistemática. O *PROGRESS*® foi utilizado para identificar determinantes sociais e de equidade. Uma planilha *Excel*® foi utilizada para organizar dados e informações do artigo, tais como: Nome do artigo; Nome dos autores; Revista e ano de publicação; Objetivo do estudo; Desenho ou método do estudo; Métodos estatísticos utilizados; Tipos de intervenções avaliadas; Resultados (desfechos); Avaliação da qualidade do artigo; Identificação de Vieses; Inclusão de países de alta, média e baixa renda, em especial o Brasil; Determinantes sociais e de equidade; Conclusão e contribuição do estudo; Uso de referências atualizadas; Lacunas e limitações do estudo; Perguntas não respondidas pelos autores e Conflitos de interesse, facilitando, assim a síntese narrativa. As referências excluídas estão relacionadas no Material Suplementar 3.

A avaliação da qualidade dos estudos incluídos foi realizada pelas ferramentas AMSTAR (Avaliação da Qualidade de Revisões Sistemáticas Múltiplas), AEAE (Avaliação de Estudos de

Avaliação Econômica), AQET (Avaliação de Qualidade de Estudos Transversais), AECR (Avaliação de Estudo Controlado Randomizado), AQEC (Avaliação de Qualidade de Estudo de Coorte), AQRI (Avaliação de Qualidade de Revisão Sistemática) e AECNR (Avaliação de Qualidade de Estudo Controlado Não-Randomizado). Os quadros de avaliação da qualidade dos artigos selecionados estão disponíveis no Material Suplementar 4.

De acordo com a Resolução do CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e da Resolução CNS nº 510, de 07 de abril de 2016, não foi necessário o registro no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP) da Plataforma Brasil.

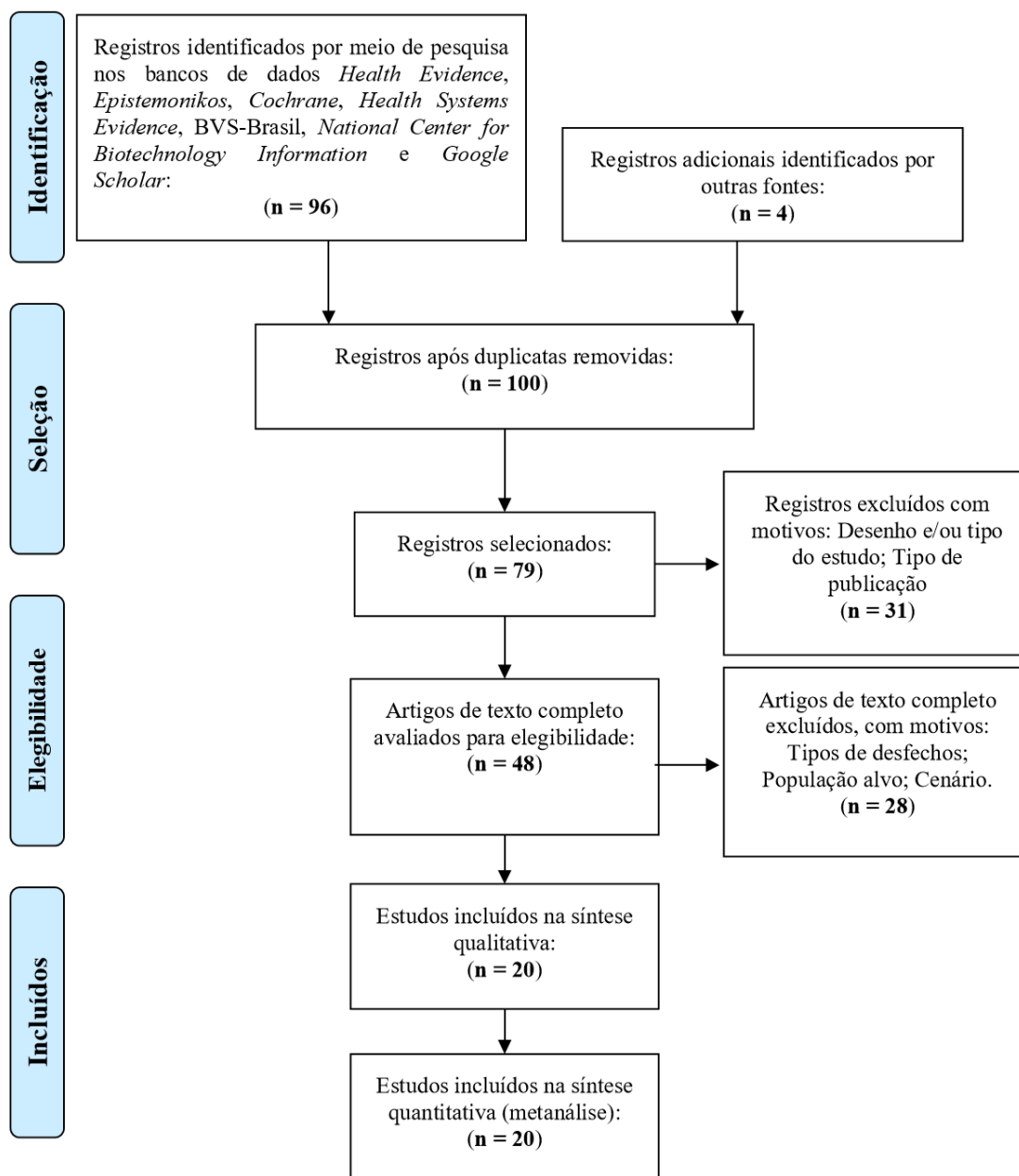


FIGURA 1 - Fluxograma do processo de seleção das publicações incluídas na revisão

Adaptado de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med. 2009;6(7):e1000097. DOI:10.1371/journal.pmed1000097. Informações complementares: www.prisma-statement.org

RESULTADOS

Foram incluídos 20 artigos que preencheram os critérios de inclusão. Desses, 9 são estudos transversais, 2 são revisões sistemáticas, 2 são estudos clínicos randomizados, 3 são estudos de coorte, 1 é revisão integrativa, 1 é estudo clínico controlado não-randomizado e 2 são estudos de avaliação econômica. Os estudos foram realizados em países de alta, média e baixa renda, incluindo Jordânia, Brasil, Espanha, EUA, África do Sul, Tanzânia, Etiópia, África Subsaariana, Reino Unido, Canadá, Alemanha, República Popular da China, Taiwan, Holanda, Oriente Médio, África do Sul, entre outros (Material Suplementar 5). O perfil e características dos artigos selecionados estão apresentados na Tabela 1.

TABELA 1 - Perfil e características dos artigos selecionados (Continua)

Artigo / Qualidade	Objetivo	Método	Evidências	Conclusão
Tall et al., 2020 ⁽¹⁴⁾ AQET: 5/6	Explorar as barreiras e facilitadores da adesão à TARV entre pacientes HIV positivos na Jordânia, avaliando a necessidade de serviços de assistência farmacêutica.	Estudo transversal	A presença de um farmacêutico especialista em HIV em sua equipe de saúde e a implementação do Cuidado Farmacêutico podem influenciar positivamente a adesão dos pacientes ao tratamento.	As intervenções incluídas sobre a implementação do Cuidado Farmacêutico neste estudo demonstraram que podem melhorar significativamente a adesão aos TARVs..
Casagrande, 2019 ⁽¹⁵⁾ AQET: 4/6	Realizar o acompanhamento farmacoterapêutico em pacientes em uso de terapia antirretroviral.	Estudo transversal	O acompanhamento farmacoterapêutico para pacientes em uso de antirretrovirais identificou Problemas Relacionados a Medicamentos, melhorando níveis de CD4+; bem como, a adesão ao tratamento, evitando o desenvolvimento da Aids e a necessidade de internação hospitalar.	O farmacêutico clínico pode contribuir na identificação de erros de prescrição e interações medicamentosas em prescrições hospitalares contendo ARV's, auxiliando a equipe na resolução de problemas relacionados à farmacoterapia.
Morillo-Verdugo et al., 2019 ⁽¹⁶⁾ AQET: 4/6	Avaliar a influência de um programa de intervenção baseado em um novo modelo de cuidado para pacientes HIV+ na melhoria de sua ativação com o tratamento.	Estudo transversal	O Acompanhamento farmacoterapêutico realizado com base nas necessidades dos pacientes e nos objetivos farmacoterapêuticos estabelecidos, aumenta a corresponsabilidade dos pacientes com seu próprio tratamento por meio de informações e educação sobre o autocuidado, resultando na supressão viral, mediada por uma maior adesão antirretroviral.	O programa de intervenção baseado no modelo CMO influencia a ativação do paciente e pode melhorar a adesão e outros resultados de saúde em pacientes HIV+.
Dilworth et al., 2018 ⁽¹⁷⁾ AEAE: 25/28	Determinar os efeitos clínicos e econômicos da aplicação da farmácia clínica na	Estudo de avaliação econômica	Uma clínica multidisciplinar de adesão à TARV liderada por farmacêuticos contribui	Uma clínica de adesão à TARV liderada por farmacêuticos, diminui a probabilidade de

	adesão ao tratamento antirretroviral em pacientes que vivem com o vírus da imunodeficiência humana (HIV).		e ajuda pacientes infectados pelo HIV com problemas documentados de adesão à medicação a alcançar a supressão viral do HIV.	transmissão do HIV por esses pacientes e leva a economias futuras em custos de tratamento relacionados ao HIV.
Morillo-Verdugo et al., 2018 ⁽¹⁸⁾ AECR: 12/14	Determinar a eficácia de um programa de acompanhamento intensivo em cuidados farmacêuticos em comparação com um modelo tradicional entre pacientes infectados pelo HIV com risco cardiovascular moderado/alto.	Estudos clínicos randomizados	O acompanhamento farmacoterapêuticos relacionados ao risco cardiovascular promoveu a redução média do risco absoluto, a porcentagem de pacientes que atingiram a pressão arterial ideal, os níveis de lipídios no sangue e os níveis de hemoglobina glicosilada e cooperou para a adesão ao tratamento com HIV.	Os cuidados farmacêuticos personalizados, baseados na estratificação de riscos, nas entrevistas motivacionais e nas novas tecnologias, podem levar a melhores resultados de saúde em pacientes HIV+ com maior risco cardiovascular.

TABELA 1 - Perfil e características dos artigos selecionados (Continua)

Artigo / Qualidade	Objetivo	Método	Evidências	Conclusão
Rajesh et al., 2018 ⁽¹⁹⁾ AQEC: 5/6	Investigar a relação entre a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) e a adesão à HAART ao longo do tempo.	Estudo de coorte	A adesão à HAART é complexa e é um processo dinâmico e biossocial influenciada por diversos fatores que influenciam a QVRS de maneira positiva ou negativa.	Como a HAART é um tratamento ao longo da vida, avaliar o comportamento da adesão dos pacientes e melhorar a adesão maximizará os benefícios da HAART e melhorará a QVRS dos pacientes. Compreender as consequências sociais dessa doença e fazer intervenções clínicas apropriadas também pode melhorar a QVRS.
Domingues et al., 2017 ⁽²⁰⁾ AQEC: 5/6	Avaliar o impacto dos cuidados farmacêuticos no risco cardiovascular em pacientes com mais de 50 anos recebendo terapia antirretroviral combinada.	Estudo de coorte	Intervenções de educação em saúde e farmacêuticas ajudam na redução dos fatores de risco cardiovasculares em uma única coorte de pacientes soropositivos para HIV.	Os cuidados farmacêuticos, fornecidos como uma combinação de educação em saúde e acompanhamento farmacoterapêutico para pacientes ambulatoriais em um hospital terciário, tiveram um impacto positivo no risco cardiovascular em pacientes com mais de 50 anos recebendo terapia antirretroviral combinada.
Molino et al., 2017 ⁽²¹⁾ AECNR: 11/12	Avaliar a eficácia da intervenção farmacêutica na redução de problemas	Estudos clínicos não randomizados	Foi realizada intervenção controlada com pacientes pareados por sexo e contagem inicial de linfócitos T CD4	As consultas com o farmacêutico permitiram identificar, prevenir e resolver problemas relacionados

	relacionados a medicamentos em pacientes ambulatoriais com HIV / AIDS (grupo intervenção) e na melhoria de parâmetros clínicos no grupo intervenção em comparação ao grupo controle.		+ (CD4) com a análise de problemas relacionados aos medicamentos (PRM) para o grupo de intervenção e contagem de CD4 com a avaliação da carga viral nos dois grupos.	a medicamentos, principalmente aqueles relacionados à segurança de medicamentos. As intervenções farmacêuticas melhoraram a adesão e aumentaram a eficácia da HAART, conforme sugerido pela maior elevação na contagem de CD4 observada no grupo de intervenção A carga viral não foi significativamente diferente entre os valores médios final e inicial para ambos os grupos.
Nance et al., 2017 ⁽²²⁾ AECR: 12/13	Avaliar a eficácia de curto prazo da intervenção de ACS para melhorar a retenção nos cuidados e a adesão à TARV para mulheres grávidas e pós-parto infectadas pelo HIV durante um período de estudo de 18 meses.	Estudos clínicos não randomizados	A intervenção teve pouco ou nenhum efeito sobre a retenção nos cuidados aos 90 dias pós-parto, sobre os resultados secundários no ITT e análises ajustadas. No entanto, tanto as análises primárias quanto as de sensibilidade por fidelidade sugerem que a intervenção pode ter melhor aderência à TARV pós-parto, especialmente entre mulheres que vivem em áreas de influência onde a intervenção foi implementada com maior intensidade.	A intervenção baseada em ACS não teve fortes efeitos na maioria dos indicadores de PTV. O envolvimento dos ACS nos programas de PTV pode melhorar a adesão à TARV entre as mulheres pós-parto infectadas pelo HIV, no entanto, o sucesso parece fortemente dependente da implementação do programa.
Surur et al., 2017 ⁽²³⁾ AQET: 4/6	Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com HIV / AIDS e a associação de variáveis sociodemográficas e relacionadas à doença com a qualidade de vida relacionada à saúde.	Estudo transversal	A condição atual de doença aguda dos entrevistados, não mostrou associação significativa com nenhum dos domínios da qualidade de vida relacionada à saúde.	Os seis domínios da qualidade de vida relacionada à saúde foram moderados. A saúde física e a espiritualidade dos pacientes eram relativamente superiores às suas relações sociais. Sexo, idade, escolaridade, residência e estado civil mostraram associação significativa com pelo menos um domínio da qualidade de vida relacionada à saúde.

TABELA 1 - Perfil e características dos artigos selecionados (Continua)

Artigo / Qualidade	Objetivo	Método	Evidências	Conclusão
Abebe et al., 2016 ⁽²⁴⁾ AQET: 5/6	Avaliar a expectativa e a satisfação de pacientes com HIV / AIDS no serviço farmacêutico prestado no Hospital de Referência.	Estudo transversal	Características sociodemográficas dos entrevistados, que incluiu consultas sobre expectativas e satisfação com os serviços farmacêuticos prestados fornecendo conselhos sobre precauções e efeitos	O nível geral de satisfação dos entrevistados com o serviço farmacêutico foi baixo, enquanto a expectativa geral dos entrevistados em relação aos serviços farmacêuticos foi extremamente alta. O hospital deve implementar sistemas de boas práticas de dispensação em relação aos serviços e

			colaterais dos medicamentos antirretrovirais, interações medicamentosas / alimentos, e condição de armazenamento adequada.	desenvolvimento profissional contínuo para os profissionais, a fim de melhorar a satisfação dos pacientes.
Ganguli et al., 2016 ⁽²⁵⁾ AMSTAR: 11/11	Realizar uma revisão direcionada descrevendo as condições médicas nas quais os Programas de apoio ao paciente (PSPs) foram implementados; oferecer suporte a componentes de entrega e resultados associados à implementação.	Revisão Sistemática	Os Programas de apoio ao paciente (PSPs), incluindo gerenciamento e aconselhamento de medicamentos, têm o potencial de melhorar o atendimento em estados de doenças crônicas com terapias complexas. Inclui clínicas ambulatoriais, práticas de cuidados primários, ambientes hospitalares de internação e serviços realizados na casa do paciente por equipe multidisciplinar de saúde.	A preponderância de evidências sugere um impacto positivo dos PSPs na adesão, nos resultados clínicos e humanísticos. Embora com menos frequência, a utilização e os custos dos serviços de saúde também são reduzidos após a implementação do PSP.
Gilbert, 2016 ⁽²⁶⁾ AQET: 7/7	Retratar e analisar criticamente o papel desempenhado pelos farmacêuticos na gestão da epidemia de HIV / AIDS na África do Sul.	Estudo transversal	Credenciamento de farmacêuticos e Recursos para a AIDS, para garantir ao consumidor uma alta qualidade de serviço, com o credenciamento de farmácias que fornecem apoio, aconselhamento e / ou outros serviços às pessoas que vivem com AIDS.	Os principais resultados indicam que os farmacêuticos não abraçaram o desafio apresentado pela epidemia de HIV / AIDS e, portanto, perdeu a oportunidade de desempenhar um papel mais significativo na prevenção e gestão da epidemia. O acesso à TARV em recursos escassos ou depende da 'troca de tarefas' de médicos a outros profissionais de saúde.
Lima et al., 2016 ⁽²⁷⁾ AMSTAR: 5/9	Avaliar a eficácia das tecnologias da informação e comunicação na adesão ao tratamento antirretroviral em adultos com HIV / AIDS.	Revisão Sistemática	Intervenções destinadas a monitorar pacientes ou impedir a transmissão do HIV, promovendo melhor acessibilidade e qualidade dos cuidados através de ensaios clínicos com base no uso de Tecnologia de Informação e Cuidado para adesão ao tratamento antirretroviral por adultos com HIV / AIDS	O uso integrado das tecnologias da informação e comunicação com o atendimento padrão promove maior acesso ao atendimento, fortalecendo o relacionamento entre pacientes e serviços de saúde, com a possibilidade de mitigar as dificuldades vivenciadas pelas pessoas com HIV na obtenção de níveis ótimos de adesão à terapia medicamentosa.

TABELA 1 - Perfil e características dos artigos selecionados (Continua)

Artigo / Qualidade	Objetivo	Método	Evidências	Conclusão
Oleribe et al., 2016 ⁽²⁸⁾ AQRI: 6/8	Discutir a necessidade de uma completa disponibilização de serviços de saúde, especialmente os serviços de HIV/AIDS. E, discutir a lógica por trás do Modelo de Socialização da EFMC e seus benefícios.	Revisão Integrativa	A descentralização oferece aos pacientes e clientes de serviços de saúde uma escolha entre diferentes níveis e tipos de instituições de saúde que variam em termos de níveis de sofisticação, áreas sobre as quais eles têm jurisdição e o espectro de serviços disponíveis no estabelecimento. Além da descentralização, os serviços devem ser socializados para obter uma distribuição equitativa e dos serviços de saúde, bem como uma cobertura universal de saúde.	A socialização dos serviços de saúde desmistifica a noção de que o atendimento ao HIV só pode ser prestado àqueles que vivem nas áreas urbanas por um grupo seleto de profissionais de saúde em centros de tratamento especiais. No entanto, a socialização deve ir além dos serviços, cuidados e tratamento do HIV; e ser aplicado a todos os segmentos de serviços de saúde. Isso fortalecerá o sistema de saúde, melhorará os índices de saúde, aumentará a produtividade e ajudará a alcançar as atuais metas de desenvolvimento do milênio (ODMs) e as metas propostas de desenvolvimento sustentável (ODS).
Cope et al., 2015 ⁽²⁹⁾ AQEC: 6/6	Avaliar se o impacto da inclusão de um farmacêutico clínico no time interdisciplinar para o tratamento de pacientes com HIV melhora os resultados para estados de doenças crônicas, além do HIV.	Estudo de coorte	A integração do farmacêutico clínico no grupo interdisciplinar de acompanhamento aos pacientes HIV promoveu alterações desde a linha de base ao longo de 18 meses de HbA1c, lipoproteína de baixa densidade (LDL) e pressão arterial, respectivamente. Além de evidenciar número de interações medicamentosas, carga viral do HIV, contagem de CD4, alteração percentual no status de fumantes e percentual de pacientes tratados com recomendações de diretrizes cardiovasculares.	O envolvimento do farmacêutico em uma clínica de atenção primária ao HIV parece resultar em mais manejo adequado de comorbidades crônicas de maneira custo-efetiva, embora resultados positivos a longo prazo podem ser difíceis de estabelecer em um ambiente urbano da população. Acreditamos que esses dados apoiam a expansão do envolvimento do farmacêutico nos centros de atenção primária ao HIV para estabelecer modelos práticos melhores para as equipes interdisciplinares padrão.
Duncombe et al., 2015 ⁽³⁰⁾ AQET: 5/7	Promover programas de HIV para expandir a elegibilidade ao tratamento, para que muitas pessoas que entram nos cuidados não serem 'pacientes', mas membros saudáveis, ativos e produtivos da sociedade.	Estudo de transversal	Reformular os cuidados com o HIV, colocando as pessoas no centro da administração antirretroviral.	A estrutura proposta pelo estudo pode orientar os formuladores de políticas a introduzir e ampliar novas abordagens para a prestação de serviços em toda a cascata de atendimento ao HIV. Os órgãos normativos e os implementadores líderes devem continuar a desenvolver kits de ferramentas e diretrizes para ajudar países e fornecedores a implementar essas abordagens.
Fokam et al., 2015 ⁽³¹⁾ AQET: 5/7	Avaliar a viabilidade dos novos EEs, através de um estudo piloto, para	Estudo transversal	O Monitoramento dos indicadores de alerta precoce da resistência aos medicamentos para HIV com	A demora na coleta dos medicamentos e o esgotamento nas farmácias são os principais fatores que favorecem a emergência do

	planejamento estratégico, monitoramento e avaliação do programa nacional de TARV.		identificação clínicas e fatores programáticos com desempenho abaixo do ideal.	HIVDR, com riscos mais altos nas áreas rurais e na atenção primária à saúde. A retenção nos cuidados parece aceitável em geral, enquanto as práticas de dispensação de TARV são padrão.
--	---	--	--	---

TABELA 1 - Perfil e características dos artigos selecionados (Final)

Artigo / Qualidade	Objetivo	Método	Evidências	Conclusão
Sherestha et al., 2015 ⁽³²⁾ AECCR: 14/14	Fornecer uma descrição passo a passo do desenvolvimento e adaptação da intervenção 3H +; o desenho experimental comparativo inovador de não inferioridade para testar a intervenção 3H + com o 'padrão-ouro'; e, evidências empíricas a partir de uma análise formal de custo-efetividade que o justifique + quando comparado ao HHRP + original.	Estudo clínico controlado randomizado	Compara a intervenção abreviada de 3H + com o HHRP + existente, o padrão-ouro para prevenção secundária de HIV para PWUDs infectados por HIV.	Em geral, os resultados apontam para os potenciais benéficos de 3H + em toda a população como uma alternativa mais econômica ao HHRP + quando usado em conjunto com a terapia de reposição de opióides em um contexto clínico.
Syed et al., 2015 ⁽³³⁾ AQET: 6/7	Explorar as perspectivas da doença de pacientes da Malásia com HIV / AIDS, que, até onde sabemos, nunca foram investigados antes da polifarmácia em idosos.	Estudo Transversal Qualitativo	Intervenções educacionais, especialmente para os adolescentes, para minimizar os comportamentos arriscados do HIV.	Os resultados forneceram informações básicas sobre as percepções dos pacientes em relação à divulgação de doenças e status entre os pacientes com HIV / AIDS, o que pode ajudar para melhorar a conscientização e aceitação da doença.

Legenda: AMSTAR: Avaliação da Qualidade de Revisões Sistemáticas Múltiplas; AEAE: Avaliação de Estudos de Avaliação Econômica; AQET: Avaliação de Qualidade de Estudos Transversais; AEER: Avaliação de Estudo Controlado Randomizado; AQEC: Avaliação de Qualidade de Estudo de Coorte; AQRI: Avaliação de Qualidade de Revisão Sistemática; AECNR: Avaliação de Qualidade de Estudo Controlado Não-Randomizado.

Fonte: Tipos de intervenções e seus desfechos em portadores de HIV/Aids em atendimento em média complexidade, 2020.

Síntese das evidências sobre intervenções relacionadas a desfechos clínicos

A Tabela 2 apresenta as evidências das categorias de intervenções (profissionais, organizacionais, governamentais, financeiras e multifacetadas) e os desfechos clínicos quanto à redução da prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados e de melhoria do uso de medicamentos apropriados e seguros, à melhoria da adesão, à redução de eventos adversos a medicamentos, a reações adversas a medicamentos, às interações medicamentos-

medicamentos, e aos resultados negativos de saúde associados a medicamentos para os desfechos clínicos.

Intervenções profissionais

Os trabalhos incluídos na presente revisão analisaram uma ou mais intervenções farmacêuticas a profissionais, podendo ser direcionadas ao prescritor, ao usuário ou ao cuidador. Além disso, avaliaram essas intervenções sobre um ou mais desfechos, como resultados sobre a redução de medicamentos potencialmente inapropriados, a adesão ao tratamento, reações adversas e interações medicamentosas.

Na avaliação sobre as intervenções educativas direcionadas aos usuários e/ou cuidadores, Domingues et al, 2017 registraram que estas proporcionam redução de reações adversas a medicamentos, enquanto que Morillo-Verdugo et al, 2019 e Duncombe et al, 2015 relataram redução de resultados negativos de saúde associados a medicamentos e Syed et al, 2015, melhora do uso de medicamentos apropriados e seguros. Por fim, Tall et al, 2020, Morillo-Verdugo et al, 2019, Domingues et al, 2017, Molino et al, 2017, Surur et al, 2017 e Duncombe et al, 2015 registram que tais intervenções melhoraram a adesão ao tratamento.

Já na avaliação sobre as intervenções direcionadas aos prescritores, Casagrande, 2019 registra que intervenções direcionadas aos prescritores por meio da revisão da utilização de medicamentos proporciona a redução da prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados, melhora da adesão ao tratamento e redução de interações medicamentosas, enquanto que Domingues et al, 2017 registram redução de reações adversas a medicamentos. Ainda relacionado às intervenções direcionadas ao prescritor, Nance et al, 2017 registram que quando realizadas por meio da análise e/ou avaliação de caso clínico, há melhora da adesão ao tratamento.

Tabela 2 - Intervenções e evidências de desfechos clínicos

INTERVENÇÕES			DESFECHOS CLÍNICOS						
			Polifarmácia: Erros de Medicação		Adesão	Problemas Relacionados aos Medicamentos			
			Redução da Prescrição de MPP*	Melhora do Uso de MAS*		Melhora da Adesão	Redução de EAM** *	Redução de RAM+ *	Redução de IMM+ +
Intervenção es Profissionais	Prescritores±	Análise e/ou Avaliação de Caso Clínico	*	*	(22)	*	*	*	*
		Revisão da Utilização de Medicamentos	(15)	*	(15)	*	(20)	(15)	*

		Intervenções Educativas para os Prescritores	*	*	*	*	*	*	*
	Usuários e cuidadores^{±±}	Intervenções Educativas para os Usuários e/ou Cuidadores	*	(33)	(14) (16) (20) (21) (23) (30)	*	(20)	*	(16) (30)
Intervenções Organizacionais	TI + Comunicação	Busca Ativa de Dados e Informações do Utente	*	*	*	*	*	*	*
		Serviços de Informações sobre Medicamentos	*		*	*	*	*	*
		Sistemas de Suporte à Decisão Clínica	*	*	(30)	*	*	*	*
		Uso de Ferramentas de Triagem de Risco	*	*	(19)	*	*	*	*
	Cuidado Farmacêutico	(20)	(18) (20)	(14) (17) (18) (20) (21) (24)	*	(24)	(21) (24) (29)	(18) (21) (29)	
	Gestão Técnica de Medicamentos[†]	*	*	*	*	*	*	*	
Intervenções Financeiras^{††}			(31)	*	(17) (26) (32)	*	*	*	(26) (31)
Intervenções Governamentais^{†††}			(28)	*	*	*	*	*	(28)
Intervenções multifacetadas			(33)	*	*	*	*	*	*

Legenda: () = Referências e suas evidências. * = Não foi estudado e/ou não há evidências. * = Medicamentos Potencialmente Inapropriados. ** = Medicamentos Apropriados e Seguros. *** = Eventos Adversos a Medicamentos. + = Reações Adversas a Medicamentos. ++ = Interações Medicamentos-Medicamentos. +++ = Resultados Negativos de Saúde Associados a Medicamentos. † Logística do Medicamento. †† = Programas de incentivo para mudanças na prática da prescrição. ††† = Intervenções regulatórias: políticas governamentais que regulam a prescrição de medicamentos. ± = Direcionadas aos prescritores. ± ± = Direcionadas aos usuários e cuidadores. ± ± ± = Uso de tecnologia de informação e de comunicação.

Fonte: Tipos de intervenções e seus desfechos em portadores de HIV/Aids em atendimento em média complexidade, 2020.

Intervenções Organizacionais

Sobre as intervenções farmacêuticas organizacionais, os artigos avaliaram tanto o impacto das Tecnologias de Informação, quanto do Cuidado Farmacêutico.

Na avaliação das intervenções utilizando Tecnologia da Informação em relação à melhoria da adesão ao tratamento, Duncombe et al, 2015 registram melhora com o uso de

sistemas de suporte à decisão clínica, enquanto Rajeshr et al, 2018 avaliaram essa melhora com ferramentas de triagem de risco.

Já no que se refere ao Cuidado Farmacêutico, foi avaliado um ou mais desfechos relacionados à utilização de medicamentos inapropriados, à adesão ao tratamento, assim como à ocorrência de reações adversas a medicamentos, interações medicamentosas e resultados negativos relacionados a medicamentos. Morillo-Verdugo et al, 2018 e Domingues et al, 2017 registram melhoria do uso de medicamentos seguros e apropriados, tendo o segundo artigo também apresentado redução da prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados. Tall et al, 2020, Dilworth et al, 2018, Morillo-Verdugo et al, 2018, Domingues et al, 2017, Molino et al, 2017 e Abebe et al, 2016 registram melhora da adesão ao tratamento, enquanto que Abebe et al, 2016 registram redução de Reações Adversas a Medicamentos. Por fim, Molino et al, 2017, Abebe et al, 2016 e Cope et al, 2015 registram redução de interações medicamentosas, enquanto Morillo-Verdugo et al, 2018, Molino et al, 2017 e Cope et al, 2015 verificaram redução de resultados negativos de saúde associados a medicamentos.

Intervenções financeiras

Em relação à avaliação das intervenções farmacêuticas financeiras, Fokam et al, 2015 registram que estas reduzem a prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados, enquanto Dilworth et al, 2018, Gilbert, 2016 e Sherestha et al, 2015 relatam melhora na adesão ao tratamento, o que leva a uma melhoria de qualidade de saúde e conseqüentemente em menos gastos com internações, consultas e comorbidades. Ainda sobre essa análise, Gilbert, 2016 e Fokam et al, 2015 corroboram com Dilworth et al, 2018, Gilbert, 2016 e Sherestha et al, 2015 indicando que a intervenção financeira reduz resultados negativos de saúde associados a medicamentos.

Intervenções Governamentais

Oleribe et al, 2016 registraram intervenções governamentais que promovem uma descentralização dos serviços de saúde, com a inclusão do profissional farmacêutico na equipe multiprofissional que fornece níveis específicos de atendimento a indivíduos infectados pelo HIV. Essas intervenções proporcionaram a redução de prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados e a redução de resultados negativos de saúde associados a medicamentos.

Intervenções multifacetadas

As intervenções multifacetadas registradas por Syed et al, 2015 exploraram as crenças e o entendimento dos pacientes com HIV/Aids, compreendendo o conhecimento e a crença dos pacientes em relação à doença, desempenhando uma redução na prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados; neste contexto, o farmacêutico tem um papel essencial no empoderamento direcionado ao paciente.

Síntese das evidências sobre intervenções relacionadas a desfechos epidemiológicos, humanísticos, econômicos e de acesso a serviços.

A Tabela 3 apresenta as evidências das categorias de intervenções (profissionais, organizacionais, governamentais, financeiras e multifacetadas) e os desfechos de acesso aos serviços (redução de consultas ambulatoriais, de visitas domiciliares, de visitas aos serviços de urgência e emergência, de internações hospitalares, de tempo de internação hospitalar), epidemiológicos (morbidade e mortalidade), humanísticos (melhoria do estado de saúde, melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde), e econômicos (redução de custos de medicamentos).

Intervenções Profissionais

As intervenções farmacêuticas profissionais foram direcionadas principalmente aos prescritores por meio da análise e/ou avaliação de caso clínico e por meio da revisão da utilização de medicamentos. Após as intervenções, foram analisados os desfechos clínicos e desfechos substitutos. Em relação às intervenções aos prescritores, Gilbert, 2016 avaliaram as mesmas quando realizadas por meio da análise e/ou avaliação de caso clínico, enquanto Casagrande, 2019 avaliaram por meio da revisão da utilização de medicamentos, tendo ambos registrado melhora no desfecho clínico e substituto. Já Tall et al, 2020 registram que intervenções educativas direcionadas aos usuários e/ou cuidadores também proporciona a melhoria no estado de saúde do paciente em relação aos desfechos analisados.

Intervenções Organizacionais

Quanto às intervenções organizacionais, os trabalhos avaliaram sobretudo as utilizando Tecnologia da Informação ou o cuidado farmacêutico.

No que se refere aos que avaliaram a Tecnologia de Informação, Lima et al, 2016 registram que estas intervenções, por meio do Serviços de Informações sobre Medicamentos, proporciona a redução de consultas ambulatoriais, enquanto Duncombe et al, 2015, avaliando a intervenção pelo uso de ferramentas de triagem de risco, relatou melhoria da qualidade de vida do paciente.

Já na avaliação da intervenção por meio do cuidado farmacêutico, Ganguli et al, 2016 relataram redução do tempo de internação hospitalar, enquanto Domingues et al, 2017 e Molino et al, 2017, melhoria da qualidade de vida, e Surur et al, 2017 e Ganguli et al, 2016, redução de custos de medicamentos.

Intervenções Financeiras

As intervenções financeiras proporcionam a redução de custos de medicamentos, como foi registrado por Dilworth et al, 2018.

Intervenções multifacetadas	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Legenda: () = Referências e suas evidências. (-) = Não foi estudado e/ou não há evidências. * = Redução de Consultas ambulatoriais. ** = Redução de visitas domiciliares. *** = Redução de visitas aos serviços de urgência e emergência. ∞ = Redução de internações hospitalares. ∞ ∞ = Redução de Tempo de Internação Hospitalar. ± = Em relação aos desfechos clínicos e desfechos substitutos. ±± = Relacionada à Saúde HRQoL. † = Direcionadas aos prescritores. †† = Direcionadas aos usuários e/ou cuidadores. ††† = Tecnologia da informação + comunicação. †††† = Programas de incentivo para mudanças na prática da prescrição. ††††† = Intervenções Regulatórias: políticas governamentais que regulam a prescrição.

Fonte: Tipos de intervenções e seus desfechos em portadores de HIV/Aids em atendimento em média complexidade, 2020.

Determinantes sociais e de equidade

Quanto aos determinantes sociais e de equidade, observou-se que os parâmetros apresentados abordaram predominantemente local de residência, sem mencionar se vivem em zona urbana ou rural; raça/etnia/cultura/idioma e sexo/gênero (Tabela 4). Desse modo, em geral, os estudos incluídos não apresentaram a análise de subgrupos quanto aos determinantes sociais e equidade.

Tabela 4 - Determinantes sociais e de equidade

ARTIGO	EQUIDADE: Abordagens e relatos de questões de equidade							
	P	R	O	G	R	E	S	S
Tall et al. 2020 ⁽¹⁴⁾	(+)	*	(-)	♀♂	(-)	**	(-)	-
Casagrande, 2019 ⁽¹⁵⁾	(+)	(-)	(-)	♀♂	(-)	(-)	(-)	-
Morillo-Verdugo et al. 2019 ⁽¹⁶⁾	(+)	(-)	(-)	♀♂	(-)	(-)	(-)	-
Dilworth et al. 2018 ⁽¹⁷⁾	(+)	(-)	(-)	♀♂	(-)	(-)	(-)	-
Morillo-Verdugo et al. 2018 ⁽¹⁸⁾	(+)	****	(-)	♀♂	(-)	(-)	(-)	-
Rajeshr et al. 2018 ⁽¹⁹⁾	(+)	(-)	(-)	♀♂	(-)	(-)	(-)	-
Domingues et al. 2017 ⁽²⁰⁾	(+)	(-)	(-)	♀♂	(-)	(-)	(-)	-
Molino et al. 2017 ⁽²¹⁾	(+)	(-)	(-)	♀♂	(-)	(-)	(-)	-
Nance et al. 2017 ⁽²²⁾	(+)	(-)	(-)	♀	(-)	(-)	(-)	-
Surur et al. 2017 ⁽²³⁾	(+)	****	(-)	♀♂	(-)	(-)	(-)	-
Abebe et al. 2016 ⁽²⁴⁾	(+)	****	(-)	♀♂	(-)	(-)	(-)	-
Ganguli et al. 2016 ⁽²⁵⁾	(+)	****	(-)	♀♂	(-)	(-)	***	-
Gilbert. 2016 ⁽²⁶⁾	(+)	****	(-)	♀♂	(-)	(-)	(-)	-
Lima et al. 2016 ⁽²⁷⁾	(+)	(-)	(-)	♀♂	(-)	(-)	(-)	-
Oleribe et al. 2016 ⁽²⁸⁾	(+)	*****	(-)	♀♂	(-)	(-)	(-)	-
Cope et al. 2015 ⁽²⁹⁾	(+)	(-)	(-)	♀♂	(-)	(-)	***	-
Duncombe et al. 2015 ⁽³⁰⁾	(+)	(-)	(-)	♀♂	(-)	(-)	(-)	-
Fokam et al. 2015 ⁽³¹⁾	(+)	*****	(-)	♀♂	(-)	(-)	(-)	-
Sherestha et al. 2015 ⁽³²⁾	(+)	****	(-)	♀♂	(-)	(-)	(-)	-
Syed et al. 2015 ⁽³³⁾	(+)	(-)	(-)	♀♂	(-)	(-)	(-)	-

P = Local de residência; R = Raça/etnia/cultura/idioma; O = Ocupação; G = Sexo/gênero; R = Religião; E = Educação; S = Estado socioeconômico; S = Capital social. (+) = País de alta, média e baixa renda, sem mencionar se vivem em zona urbana ou rural. (-) = Sem informação. ♂ = masculino; ♀ = feminino. * = Cidadãos Jordanianos, ** = Educação formal, *** = Empregados/desempregados **** = Inglês e Outros idiomas; ***** = Inglês.

Fonte: Tipos de intervenções e seus desfechos em portadores de HIV/Aids em atendimento em média complexidade, 2020.

DISCUSSÃO

Com o surgimento da terapia antirretroviral de alta eficácia (HAART), que propõem um tratamento com objetivo na melhoria da qualidade de vida, começou-se a observar maior necessidade de transpor as barreiras que diminuiriam a adesão ao tratamento em pacientes com HIV (Rajesh et al, 2019). Essas barreiras incluem estigmatização, medo da divulgação, forma de dosagem do medicamento, eventos adversos e pouca cooperação dos profissionais de saúde. Para isso, os fatores de apoio ao tratamento dos portadores de HIV incluíam o apoio da família e dos amigos, lembretes móveis eletrônicos, sentimento de responsabilidade por criar filhos e melhorar o uso da terapia antirretroviral (TARV) (Tall et al, 2020). Uma forma de intervir na quebra dessas barreiras, para obtenção de um resultado positivo é aumentar a corresponsabilidade dos pacientes com seu próprio tratamento por meio de informações e educação sobre o autocuidado (Morillo-Verdugo et al, 2018).

As intervenções farmacêuticas têm sido muito utilizadas após a detecção de problemas associados à prescrição da TARV, comprovando a necessidade de um projeto de acompanhamento farmacoterapêutico para pacientes em uso desses medicamentos (Casagrande, 2019). Desse modo, é prevista a necessidade de um farmacêutico em sua equipe de saúde para prestar serviços de assistência farmacêutica especializados, o que pode melhorar os parâmetros clínicos e de qualidade de vida, reforçada pelo aumento da adesão dos pacientes, corroborando com a efetividade dos HAART (Molino et al, 2017).

A melhora nos desfechos clínicos, epidemiológicos, de acesso, humanístico e econômicos em portadores de HIV/AIDS, são observados nas intervenções de cuidado farmacêutico por meio da equipe multidisciplinar de saúde (Casagrande, 2019; Morillo-Verdugo et al, 2018; Dilworth et al, 2018; Molino et al, 2017; Surur et al, 2017; Shrestha et al, 2015).

Além dos efeitos positivos da resolução e prevenção dos Problemas Relacionados aos Medicamentos, é observado melhora nos parâmetros clínicos de níveis de Carga Viral (CV) e contagem de linfócitos T CD4+ (CD4), assim como redução de riscos nas comorbidades crônica, além do HIV; podendo configurar essas intervenções também como altamente econômicas, já que os gastos com internações e polifarmácia são diminuídos (Dilworth et al, 2018; Shrestha et al, 2015).

Por fim, as intervenções de educação em saúde e acompanhamento farmacoterapêutico tem também um impacto positivo no risco cardiovascular em pacientes em terapia antirretroviral combinada, além da redução de parâmetros clínicos de outras doenças crônicas (melhora na hipertensão arterial, glicemia, entre outros), tabagismo e obesidade (Domingues et al, 2017). Outrossim, além da intervenção farmacêutica, o uso integrado de tecnologias da informação e comunicação, em conjunto com o atendimento convencional, promove melhor acesso ao atendimento, fortalecendo o relacionamento entre pacientes e serviços de saúde, possibilitando mitigar as dificuldades vivenciadas pelas pessoas com HIV/Aids e a obtenção de melhores grau de adesão à terapia medicamentosa (Lima et al, 2016).

Implicações para a pesquisa

Observa-se que há limitada literatura evidenciando tipos de intervenções e seus respectivos desfechos clínicos, epidemiológicos, de acesso, humanístico e econômicos em portadores de HIV/AIDS em atendimento de média complexidade.

Destaca-se que há perguntas que ainda permanecem não respondidas; ou seja, a contribuição do Cuidado Farmacêutico quanto à redução de Eventos Adversos a Medicamentos, bem como aqueles relacionados ao custo-efetividade, custo-benefício e custo utilidade, entre outros.

Precisa-se de evidências robustas para as categorias de intervenções farmacêuticas nos campos profissionais, organizacionais, regulatórios, financeiros e multifacetados quanto à efetividade e eficiência do Cuidado Farmacêutico em portadores de HIV/Aids em atendimento de média complexidade.

Implicações para as políticas e programas

Há evidências de que as políticas e programas relacionadas ao Cuidado Farmacêutico para portadores de HIV/Aids, por meio de intervenções efetivas e eficientes, contribuem para a sua segurança e melhoria da qualidade de vida.

Limitações

Registra-se como limitação o fato de que nem sempre as intervenções e os desfechos avaliados eram os mesmos, dificultando a avaliação de algumas intervenções por todos os autores. Além disso, a qualidade das evidências apresentadas e, em alguns casos, a ausência de registros de conflitos éticos também se apresentam como limitações. Por fim, há a possibilidade de não se ter incluído estudos potencialmente elegíveis devido às distintas sinonímias dos descritores e/ou palavras-chave

CONCLUSÃO

Observa-se que o cuidado farmacêutico, por meio de intervenções organizacionais, profissionais, financeiras, governamentais e multifacetadas, contribui para a melhoria de desfechos clínicos, epidemiológicos, humanísticos, econômicos e de acesso e equidade. Fortalece as estratégias do uso racional de medicamentos e promove uma melhor qualidade de vida.

Contribuições dos autores

JCC concebeu a estratégia de pesquisa em conjunto com ACLP, OS e CHMAR. JCC fez as buscas bibliográficas nas bases de dados, a seleção dos artigos e a extração de dados sob a

colaboração e supervisão de ACLP, OS e CHMAR. Os autores leram e aprovaram a versão final do manuscrito para submissão.

Declaração de conflito de interesses: Os autores declaram que a pesquisa foi conduzida na ausência de quaisquer relações comerciais ou financeiras que possam ser interpretados como potencial conflito de interesses.

REFERENCIAS

1. Benzaken A. As conquistas e desafios no enfrentamento ao HIV/Aids no Brasil (Painel). 15ª Expoepi: 27 de junho de 2017. Brasília. Distrito Federal. Publicado em 30 de junho de 2017. Disponível em: <http://www.Aids.gov.br/pt-br/noticias/conquistas-e-desafios-no-enfrentamento-ao-hivAids-no-brasil>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, Aids e Hepatites Virais. Nota Informativa nº 03/2018, de 10 de abril de 2018. Apresenta as recomendações de substituição (switch) de esquemas de terapia antirretroviral contendo ITRNN ou IP/r por dolutegravir, para pessoas vivendo com HIV com supressão viral maiores de 12 anos de idade. 2018. Brasília. Distrito Federal.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. 2018. Brasília. Distrito Federal.
4. Duncombe CBA, Passarelli C, Hirschall G. Treatment 2.0: catalyzing the next phase of treatment, care, and support. *Curr Opin HIV AIDS*. 2013 Jan;8(1):4-11. doi: 10.1097/COH.0b013e32835ba7ff.
5. Brasil. Congresso Nacional. 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. DOU de 14.11.1996. Brasília. Distrito Federal.
6. Prust ML, Banda CK, Callahan K, Nyirenda R, Chimbwandira F, Kalua T, Eliya M, Ehrenkranz P, Prescott M, McCarthy E, Tagar E, Gunda A. Patient and health worker experiences of differentiated models of care for stable HIV patients in Malawi: a qualitative study. *PLoS One*. 2018 Jul 19;13(7):e0196498. doi: 10.1371/journal.pone.0196498. eCollection 2018.
7. Primo LP. Gestão do cuidado em HIV/AIDS: impacto da atuação do farmacêutico clínico na adesão à terapia antiretroviral (TARV). Dissertação (Mestrado Profissional). Universidade de São Paulo: Gestão de Organizações de Saúde. Ribeirão Preto, 2015.
8. Abrão FMS, Angelim RCM, Cardoso MD, Araújo SBQ, Freitas RMM, Oliveira DC. Características Estruturais e Organizacionais de Serviços de Assistência Especializada em Hiv/Aids na Cidade de Recife, Brasil. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2014;38(1):140-154. <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2014/v38n1/a4436.pdf>
9. Hosseini Z, Eftkhar H, Nedjat S et al Adherence to HIV/AIDS antiretroviral therapy among drug users: a qualitative study in Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2016;21:29-37.
10. Morillo-Verdugo R, Martínez-Sesmero JM, Lázaro-López A, Sánchez-Rubio J, Navarro-Aznárez H, DeMiguel-Cascón M. Development of a risk stratification model for pharmaceutical care in HIV patients. *Farm Hosp*. 2017 1;41(3):346-356.doi: 10.7399/fh.2017.41.3.10655.
11. Hosseini Z, Eftkhar H, Nedjat S et al Adherence to HIV/AIDS antiretroviral therapy among drug users: a qualitative study in Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2016;21:29-37

12. Higgins JPT, Green S. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. Volume 4 de Wiley Cochrane Series. 2011. John Wiley & Sons. ISBN 1119964792, 9781119964797. 672
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 92 p.: il. – (Série A: Normas e Manuais Técnicos). ISBN 978-85-334-1951-3
14. Tall YRA, Mukattash TL, Sheikha H, Jarab AS, Nusair MB, Abu-Farha RK. An assessment of HIV patient's adherence to treatment and need for pharmaceutical care in Jordan. *Int J Clin Pract.* 2020;00:e13509. DOI 10.1111/ijcp.13509
15. Casagrande BJ. O farmacêutico clínico e o cuidado de pacientes HIV+ no ambiente hospitalar. Florianópolis. 2019. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina: Mestrado Profissional em Farmacologia. <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/206446>
16. Morillo-Verdugo RM, Robustillo-Cortés A, García M, Almeida-González C. Influence of pharmacist intervention, based on CMO model, to improve activation in HIV patients. *Journal of Managed Care and Specialty Pharmacy.* 2018;24(2):165-172. DOI 10.18553/jmcp.2018.24.2.165
17. Dilworth T, Klein P, Mercier R, Borrego M, Jakeman B, Pinkerton S. Clinical and economic effects of a pharmacist-administered antiretroviral therapy adherence clinic for patients living with HIV. *Journal of Managed Care and Specialty Pharmacy.* 2018;24(2):165-172. DOI 10.18553/jmcp.2018.24.2.165
18. Morillo-Verdugo R, Robustillo-Cortés M, Martín-Conde M, Callejón-Callejón G, Cid-Silva P, Moriel-Sánchez C, Tortajada-Goitia B, Almeida-González C. Effect of a Structured Pharmaceutical Care Intervention Versus Usual Care on Cardiovascular Risk in HIV Patients on Antiretroviral Therapy: INFAMERICA Study. *Annals of Pharmacotherapy.* 2018;52(11):1098-1108. DOI 10.1177/1060028018778045
19. Rajesh V, Johanna C, Brian G Andries. Relationship between adherence and health-related quality of life among HIV-patients in South Africa: findings and implications. *Journal of AIDS and HIV Research.* 2018;10(8):121-132 DOI 10.5897/jahr2018.0478.
20. Domingues E, Ferrit-Martín M, Calleja-Hernández M. Impact of pharmaceutical care on cardiovascular risk among older HIV patients on antiretroviral therapy. *International Journal of Clinical Pharmacy.* 2017;39(1):52-60. DOI 10.1007/s11096-016-0387-1
21. Molino C, Carnevale R, Rodrigues A, Moriel P, Mazzola P. HIV pharmaceutical care in primary healthcare: Improvement in CD4 count and reduction in drug-related problems. *Saudi Pharmaceutical Journal.* 2017;25(5):724-733. DOI 10.1016/j.jsps.2016.11.004
22. Surur A, Teni F, Wale W, Ayalew Y, Tesfaye B. Short-term effectiveness of a community health worker intervention for HIV-infected pregnant women in Tanzania to improve treatment adherence and retention in care: A cluster-randomized trial. *PLoS ONE.* 2017;12(8). DOI 10.1371/journal.pone.
23. Surur A, Teni F, Wale W, Ayalew Y, Tesfaye B. Health related quality of life of HIV/AIDS patients on highly active anti-retroviral therapy at a university referral hospital in Ethiopia. *BMC Health Services Research.* 2017;17(1). DOI 10.1186/s12913-017-2714-1
24. Abebe T, Erku D; Gebresillassie B, Haile K, Mekuria A. Expectation and satisfaction of HIV/AIDS patients toward the pharmaceutical care provided at Gondar university referral

hospital, northwestern Ethiopia: A cross-sectional study. *Patient Preference and Adherence*. 2016;10:2073-2082. DOI 10.2147/PPA.S114720

25. Ganguli A, Clewell J, Shillington A. The impact of patient support programs on adherence, clinical, humanistic, and economic patient outcomes: A targeted systematic review. *Patient Preference and Adherence* Publisher: Dove Medical Press Ltd. 2016;10:711-725. DOI 10.2147/PPA.S101175

26. Gilbert L. 'Pharmacists have been left out of the loop': Exploring the role of pharmacists in the management of HIV/AIDS in South Africa. *International Journal of Pharmacy Practice*. 2016;24(1):40-48. DOI 10.1111/ijpp.12203

27. Lima I, Galvão M, Alexandre H, Lima F, Araújo T. Information and communication technologies for adherence to antiretroviral treatment in adults with HIV/AIDS. *International Journal of Medical Informatics* Publisher: Elsevier Ireland Ltd. 2016;92:54-61 DOI 10.1016/j.ijmedinf.2016.04.013

28. Oleribe O, Oladipo O, Ezieme I, Crossey M, Taylor-Robinson S. From decentralization to commonization of HIV healthcare resources: Keys to reduction in health disparity and equitable distribution of health services in Nigeria. *Pan African Medical Journal*. 2014;24. DOI 10.11604/pamj.2016.24.266.6286

29. Cope R, Berkowitz L, Arcebedo R, Yeh J, Trustman N, Cha A. Evaluating the effects of an interdisciplinary practice model with pharmacist collaboration on HIV patient co-morbidities. *AIDS Patient Care and STDs*. 2015;29(8):445-453. DOI 10.1089/apc.2015.0018

30. Duncombe C, Rosenblum S, Hellmann N, Holmes C, Wilkinson L, Biot M, Bygrave H, Hoos D, Garnett G. Reframing HIV care: Putting people at the centre of antiretroviral delivery. *Tropical Medicine and International Health* Publisher: Blackwell Publishing Ltd. 2015;20(4):430-447. DOI 10.1111/tmi.12460

31. Fokam J, Elat J, Billong S, Kembou E, Nkwescheu A, Obam N, Essiane A, Torimiro J, Ekanmian G, Ndjolo A, Shiro K, Bissek A. Monitoring HIV drug resistance early warning indicators in Cameroon: A study following the revised world health organization recommendations. *PLoS ONE*. 2015;10(6). DOI 10.1371/journal.pone.0129210

32. Shrestha R, Krishnan A, Altice F, Copenhaver M. A non-inferiority trial of an evidence-based secondary HIV prevention behavioral intervention compared to an adapted, abbreviated version: Rationale and intervention. *Contemporary Clinical Trials*. 2015;44:95-102. DOI 10.1016/j.cct.2015.08.002

33. Syed I, Syed SS, Hassali M, Thiruchelvum K, Lee C. A qualitative insight of HIV/AIDS patients' perspective on disease and disclosure. *Health Expectations*. 2015;18(6):2841-2852. DOI 10.1111/hex.12268

ANEXO D: Carta de Aceite de Publicação Congresso Internacional de Farmácia Online**CARTA DE ACEITE**

O trabalho intitulado **EVALUATION OF HIV EPIDEMIOLOGICAL INDICES FOR THE IMPLEMENTATION OF PHARMACEUTICAL CARE IN THE SPECIALIZED ATTENTION SERVICE OF THE MUNICIPALITY OF MARABÁ / PA** da autoria de **Jorgete C. Chaves; Carolina H. M. A. Ribeiro e Ana C. L. Prete** foi aprovado para apresentação no Congresso Internacional de Farmácia (CONIFAR) do curso de Farmácia do Centro Universitário Cesmac.

16 de setembro de 2020.
Maceió, Alagoas.

Atenciosamente,

Thiago José Matos Rocha

Professor Dr. Thiago José Matos-Rocha
Organizador do CONIFAR e Presidente da Comissão Científica

ANEXO E: Artigo

**EVALUATION OF HIV EPIDEMIOLOGICAL INDICES FOR THE
IMPLEMENTATION OF PHARMACEUTICAL CARE IN THE SPECIALIZED
ATTENTION SERVICE OF THE MUNICIPALITY OF MARABÁ / PA**

Jorgete C. Chaves¹; Carolina H. M. A. Ribeiro¹; Ana Cristina Lo Prete²

¹ *Universidade Federal do Pará, S/N, 66.075-110. Belém, PA, Brazil.* ² *Universidade São Judas Tadeu, S/N, 05503-001, São Paulo, SP, Brazil.*

jorgetecarneiro@hotmail.com

Introduction: With advances in technology and sanction of antiretroviral laws, HIV infection has controllable disease. However, therapeutic success requires high levels of treatment adherence. In this sense, the implementation of pharmaceutical care (FC) can contribute as a way to obtain better clinical outcomes. CTA/SAE, in Marabá/PA, is a reference for HIV/AIDS care, serving PLWHA in this municipality and neighboring regions. **Objective:** The survey of epidemiological data as a justification for the implementation of pharmaceutical care for PLWHA in Marabá/PA. **Methodology:** This is a retrospective observational study with analysis of medical records and survey of data obtained through SICLOM, aiming to identify the failures and needs of pharmaceutical interventions for the implementation of the CF service for PLWHA, in Marabá/PA. The project was approved by the CEP UFPA 24769219.8.0000.0018. **Results:** It was identified that approximately 2,168 patients are active in the program using ART and approximately 565 patients are in a situation of abandonment of treatment. In 2019 there were around 15 deaths. Pregnant women represent 2% of active patients while around 650 patients have CD4 test results ≤ 350 . As for pharmacotherapeutic indicators, the most frequent prescription scheme was Dolutegavir with Tenofovir + Lamivudine. **Conclusion:** The study confirmed the need for monitoring and improvement strategies, to obtain a more effective service to SUS users. The implementation of the FC in specialized care makes it possible to increase the effectiveness of the care provided, aiming to improve the patient's quality of life and adherence to treatment.

Key-words: HIV. Pharmaceutical Care. Specialized Attention Service.

CEP UFPA C.A.A.E approval 24769219.8.0000.0018

ANEXO F: Ficha de Avaliação do conhecimento sobre a Terapia Antirretroviral

MEDTAKE TEST – FICHA PARA A ANÁLISE DO CONHECIMENTO SOBRE A TERAPIA MEDICAMENTOSA

Nome e descrição de como o paciente toma o medicamento	Nome (1=correto, 0=incorreto) (20%)	Dose (1=correto, 0=incorreto) (20%)	Indicação (1=correto, 0=incorreto) (20%)	Ingestão/Interação com alimento (1=correto, 0=incorreto) (20%)	Escala de tomada (1=correto, 0=incorreto) (20%)	Escore para cada medicação 0-100%
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
Escore da prescrição		---	---	---	---	Calcular média da coluna

ANEXO G: Ficha de Avaliação da Adesão à Terapia Antirretroviral

MORISK GREEN TEST – FICHA PARA AVALIAÇÃO DA ADESÃO A TERAPIA MEDICAMENTOSA

1. VOCÊ, ALGUMA VEZ, SE ESQUECE DE TOMAR OS SEUS MEDICAMENTOS? _____
2. VOCÊ, ÀS VEZES, É DESCUIDADO QUANTO AO HORÁRIO DE TOMAR OS SEUS MEDICAMENTOS? _____
3. QUANDO VOCÊ SE SENTE BEM, ALGUMA VEZ, VOCÊ DEIXA DE TOMAR OS SEUS MEDICAMENTOS? _____
4. QUANDO VOCÊ SE SENTE MAL COM OS MEDICAMENTOS, ÀS VEZES, DEIXA DE TOMÁ-LO?

5. VOCÊ FOI INFORMADO SOBRE A IMPORTÂNCIA E O BENEFÍCIO DE USAR OS MEDICAMENTOS? _____
6. VOCÊ SE ESQUECE DE REPOR OS MEDICAMENTOS ANTES QUE TERMINEM? _____

*** S – SIM**

N – NÃO

ADERENTE: 4 PRIMEIRAS RESPOSTAS NEGATIVAS

NÃO ADERENTE: PELO MENOS 1 DAS 4 PRIMEIRAS PERGUNTAS POSITIVAS

Este teste permite também avaliar se a baixa adesão, quando ocorre, é do tipo intencional (respostas positivas às perguntas 3 e/ou 4) ou não intencional (respostas afirmativas às perguntas 1e/ou 2)

Anexo H: Ajuste de dose de Antirretroviral de acordo com a função renal

Anexo C – Ajuste de dose de ARV em pacientes com disfunção renal

	TFGe (mL/min) ^(a)				Hemodialise
	≥50	30-49	10-29	<10	
ITRN	ABC	300mg 12/12h sem necessidade de ajuste de dose			
	3TC	300mg 1x/dia	150mg 1x/24h	100mg 1x/dia ^(b)	50-25mg 1x/dia ^(b) AD ^(c)
	TDF ^(e)	300mg 1x/dia	300mg 1x/48h	não recomendado 300mg 1x/72-96h, se não houver alternativa	300mg 1x/semana, se não houver alternativa 300mg 1x/semana AD ^(c)
	AZT	300mg 12/12h	sem necessidade de ajuste de dose		100mg 8/8h
	ABC/3TC	usar drogas individualmente			
	AZT/3TC				
	TDF/FTC	300/200mg 1x/dia	300/200mg 1x/48h	usar drogas individualmente	
ITRNN	EFV	600mg 1x/dia	Sem necessidade de ajuste de dose		
	ETV	200mg 12/12h			
	NVP	200mg 12/12h			
IP	ATV/r ^(d)	300/100mg 1x/dia	Sem necessidade de ajuste de dose ^(e)		
	DRV/r	800/100mg 1x/dia			
		600/100mg 12/12h			
	LPV/r	400/100mg 12/12h			
TPV/r	500/200mg 12/12h				
OUTROS ARV					
	RAL	400mg 12/12h	Sem necessidade de ajuste de dose ^(e)		
	DTG	50 mg 1x/dia	Sem necessidade de ajuste de dose		Sem dados clínicos; dados de farmacocinética sugerem segurança
	MVC (sem inibidor de CYP3A4) ^(f)	300mg 12/12h	Sem necessidade de ajuste de dose		
	MVC (com inibidor de CYP3A4)	Se TFG <80mL/min, 150mg 1x/dia			

Fonte: adaptado de EACS Guidelines, versão 8.1, 2016

^(a) Usar a fórmula de Cockcroft-Gault: ClCr

Homem: clearance de creatinina = [(140 - idade) x peso (kg)] / (creatinina sérica x 72)

Mulher: clearance de creatinina = [(140 - idade) x peso (kg)] / (creatinina sérica x 72) x 0,85

^(b) Dose de ataque de 150mg.

^(c) Após diálise.

^(d) Associado à nefrotoxicidade; considerar outro ARV em caso de doença renal pré-existente.

^(e) Dados disponíveis limitados para pessoas com insuficiência renal; a análise farmacocinética sugere não ser necessário ajuste de dose.

^(f) Usar com cautela se TFG <30mL/min.

Anexo I: Ajuste de dose de Antirretrovirais de acordo com a função hepática

Anexo D – Ajuste de dose de ARN em pacientes com disfunção hepática

ITRN	
ABC	Child-Pugh classe A: 200mg 2x/dia (usar solução oral) Child-Pugh classe B ou C: contraindicado
3TC	Sem ajuste de dose
TDF	Sem ajuste de dose
AZT	Reduzir dose em cerca de 50% ou aumentar o intervalo entre doses para o dobro se Child-Pugh classe C
ITRNN	
EFV	Sem ajuste de dose; usar com precaução em pessoas com insuficiência hepática
NVP	Child-Pugh classe A: sem ajuste de dose Child-Pugh classe B ou C: contraindicado
ETV	Child-Pugh classe C: sem dados
IP	
ATV	Child-Pugh classe B: 300mg 1x/dia Child-Pugh classe C: não recomendado O RTV potenciado (booster) não está recomendado em pessoas com insuficiência hepática (Child-Pugh classe B ou C)
DRV	Child-Pugh classe A ou B: sem ajuste de dose Child-Pugh classe C: não recomendado
LPV/r	Sem recomendação de dose; usar com precaução em pessoas com insuficiência hepática
TPV	Child-Pugh classe A: usar com precaução Child-Pugh classe B ou C: contraindicado
IF	
ENF (T20)	Sem ajuste de dose
Inibidor CCR5	
MVC	Sem recomendação de dose. As concentrações provavelmente irão aumentar em pessoas com insuficiência hepática
INI	
RAL	Sem ajuste de dose
DTG	Child-Pugh classe A ou B: sem ajuste de dose Child-Pugh classe C: sem dados

Fonte: adaptado de EACS Guidelines, versão 8.1, 2016

Anexo J: Tabela de Interações Medicamentosas de TARV

Tabela 6 Interações medicamentosas

Classe do fármaco concomitante: nome do fármaco	Efeito sobre a concentração de dolutegravir ou do fármaco concomitante	Comentário clínico
Antirretrovirais		
Inibidor não nucleosídeo da transcriptase reversa: etravirina (ETR)	dolutegravir↓ AUC ↓ 71% C _{max} ↓ 52% C _t ↓ 88% ETR ↔	A etravirina diminuiu a concentração plasmática de dolutegravir, o que pode causar perda da resposta virológica e possível resistência ao dolutegravir. Não se deve usar Tivicay [®] com etravirina sem a coadministração de darunavir/ritonavir ou lopinavir/ritonavir.
Inibidor não nucleosídeo da transcriptase reversa: efavirenz (EFV)	dolutegravir↓ AUC ↓ 57% C _{max} ↓ 39% C _t ↓ 75% EFV ↔	O efavirenz diminuiu a concentração plasmática de dolutegravir. A dose recomendada de Tivicay [®] é de 50 mg duas vezes ao dia quando há coadministração de efavirenz. Quando possível devem ser utilizadas combinações alternativas que não incluam efavirenz em pacientes resistentes a INI.
Inibidor não nucleosídeo da transcriptase reversa: nevirapina	dolutegravir↓	A coadministração com nevirapina pode diminuir a concentração plasmática de dolutegravir por indução enzimática e não foi estudada. O efeito da nevirapina sobre a exposição ao dolutegravir provavelmente é similar ao efeito do efavirenz ou menor. A dose recomendada de Tivicay [®] é de 50 mg duas vezes ao dia quando há coadministração de nevirapina. Quando possível devem ser utilizadas combinações alternativas que não incluam nevirapina em pacientes resistentes a INI.
Inibidor da protease: atazanavir (ATV)	dolutegravir↑ AUC ↑ 91% C _{max} ↑ 49% C _t ↑ 180% ATV ↔	O atazanavir aumentou a concentração plasmática de dolutegravir. Não é necessário ajuste da dose.
Inibidor da protease: atazanavir/ritonavir (ATV/RTV)	dolutegravir↑ AUC ↑ 62% C _{max} ↑ 33% C _t ↑ 121% ATV ↔ RTV ↔	A combinação atazanavir/ritonavir aumentou a concentração plasmática de dolutegravir. Não é necessário ajuste da dose.
Inibidor da protease: tipranavir/ritonavir (TPV/RTV)	dolutegravir↓ AUC ↓ 59% C _{max} ↓ 47% C _t ↓ 76% TPV ↔ RTV ↔	A combinação tipranavir/ritonavir diminuiu a concentração de dolutegravir. A dose recomendada de Tivicay [®] é de 50 mg duas vezes ao dia quando há coadministração de tipranavir/ritonavir. Quando possível devem ser utilizadas combinações alternativas que não incluam tipranavir/ritonavir em pacientes resistentes a INI.
Inibidor da protease: fosamprenavir/ritonavir (FPV/RTV)	dolutegravir↓ AUC ↓ 35% C _{max} ↓ 24% C _t ↓ 49% FPV ↔ RTV ↔	A combinação fosamprenavir/ritonavir diminuiu a concentração de dolutegravir, mas, de acordo com dados limitados, não reduziu a eficácia em estudos de fase III. Não é necessário ajuste da dose em pacientes virgens de tratamento com INI. Quando possível devem ser utilizadas combinações alternativas que não incluam fosamprenavir/ritonavir em pacientes resistentes a INI.
Inibidor da protease: nelfinavir	dolutegravir ↔	Essa interação não foi estudada. Embora seja um inibidor da CYP3A4, não se espera que haja aumento, de acordo com dados de outros inibidores. Não é necessário ajuste da dose.
Inibidor da protease: lopinavir/ritonavir (LPV/RTV)	dolutegravir ↔ AUC ↔ C _{max} ↔ C _t ↔ LPV ↔ RTV ↔	A combinação lopinavir/ritonavir não causou alteração clinicamente importante da concentração plasmática de dolutegravir. Não é necessário ajuste da dose.
Inibidor da protease: darunavir/ritonavir	dolutegravir↓ AUC ↓ 32% C _{max} ↓ 11% C _t ↓ 38%	A combinação darunavir/ritonavir não causou alteração clinicamente importante da concentração plasmática de dolutegravir. Não é necessário ajuste da dose.
Inibidor nucleosídeo da transcriptase reversa: tenofovir	dolutegravir ↔	O tenofovir não causou alteração clinicamente importante da concentração plasmática de dolutegravir. Não é necessário ajuste da dose.
Inibidor da protease: lopinavir/ritonavir +	dolutegravir ↔ AUC ↑ 10%	A combinação lopinavir/ritonavir e etravirina não causou alteração clinicamente importante da concentração

etravirina	C_{\max} ↑ 7% C_t ↑ 28% LPV ↔ RTV ↔	plasmática de dolutegravir. Não é necessário ajuste da dose.
Inibidor da protease: darunavir/ritonavir + etravirina	dolutegravir ↓ AUC ↓ 25% C_{\max} ↓ 12% C_t ↓ 36% DRV ↔ RTV ↔	A combinação darunavir/ritonavir e etravirina não causou alteração clinicamente importante da concentração plasmática de dolutegravir. Não é necessário ajuste da dose.
Outros fármacos		
dofetilida	dofetilida ↑	A coadministração de dolutegravir pode aumentar a concentração plasmática de dofetilida por inibição do transportador OCT2; a coadministração não foi estudada. A coadministração de dolutegravir e dofetilida é contraindicada em razão da possibilidade de toxicidade com risco de morte decorrente da alta concentração de dofetilida.
oxcarbamazepina fenitoína fenobarbital carbamazepina Erva-de-São-João	dolutegravir ↓	A coadministração com esses indutores metabólicos pode diminuir a concentração plasmática de dolutegravir e não foi estudada. Deve-se evitar a coadministração com Tivicay [®] .
Antiácidos que contêm cátions polivalentes (p. ex., Mg, Al)	dolutegravir ↓ AUC ↓ 74% C_{\max} ↓ 72% C_{24} ↓ 74%	A coadministração de antiácidos que contêm cátions polivalentes diminuiu a concentração plasmática de dolutegravir. Recomenda-se que Tivicay [®] seja administrado duas horas antes ou seis horas depois de antiácidos que contêm cátions divalentes.
Suplementos de cálcio	dolutegravir ↓ AUC ↓ 39% C_{\max} ↓ 37% C_{24} ↓ 39%	Recomenda-se que Tivicay [®] seja administrado duas horas antes ou seis horas depois de suplementos que contêm cálcio. Quando acompanhado de alimentos, Tivicay [®] pode ser administrado ao mesmo tempo que esses suplementos.
Suplementos de ferro	dolutegravir ↓ AUC ↓ 54% C_{\max} ↓ 57% C_{24} ↓ 56%	Recomenda-se que Tivicay [®] seja administrado duas horas antes ou seis horas depois de suplementos que contêm ferro. Quando acompanhado de alimentos, Tivicay [®] pode ser administrado ao mesmo tempo que esses suplementos.
metformina	metformina ↑	A coadministração de Tivicay [®] pode aumentar a concentração plasmática de metformina por inibição do transportador OCT2; a coadministração não foi estudada. É aconselhável o monitoramento metuculoso do paciente no início ou no término de tratamento concomitante.
rifampicina	dolutegravir ↓ AUC ↓ 54% C_{\max} ↓ 43% C_t ↓ 72%	A rifampicina diminuiu a concentração plasmática de dolutegravir. A dose recomendada de Tivicay [®] é de 50 mg duas vezes ao dia quando há coadministração de rifampicina. Quando possível devem ser utilizadas combinações alternativas que não incluam rifampicina em pacientes resistentes a INI.
Contraceptivos orais (etinilestradiol [EE] e norelgestromina [NGMN])	Efeito do dolutegravir: EE ↔ AUC ↑ 3% C_{\max} ↓ 1% C_t ↑ 2% Efeito do dolutegravir: NGMN ↔ AUC ↓ 2% C_{\max} ↓ 11% C_t ↓ 7%	O dolutegravir não causou alteração clinicamente importante da concentração plasmática de etinilestradiol e norelgestromina. Não é necessário ajuste da dose dos contraceptivos orais quando coadministrados com Tivicay [®] .
metadona	Efeito do dolutegravir: metadona ↔ AUC ↓ 2% C_{\max} ↔ 0% C_t ↓ 1%	O dolutegravir não causou alteração clinicamente importante da concentração plasmática de metadona. Não é necessário ajuste da dose de metadona quando coadministrada com Tivicay [®] .

Abreviações: ↑ = aumento; ↓ = diminuição; ↔ = sem alteração importante; AUC = área sob a curva de concentração *versus* tempo; C_{\max} = concentração máxima observada, C_t = concentração no fim do intervalo entre doses.; INI = Inibidor de Integrase

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do projeto: “IMPLANTAÇÃO DO CUIDADO FARMACÊUTICO AOS PACIENTES PORTADORES DE HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE MARABÁ, ESTADO DO PARÁ.”

Pesquisadora Responsável: Prof^a. Dr^a. Carolina Heitmann Mares Azevedo Ribeiro

Pesquisadora Assistente: Jorgete Carneiro Chaves

O Senhor(a) está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), neste estudo que tem por objetivo implementar o cuidado farmacêutico aos pacientes com HIV/AIDS junto à equipe de saúde do Centro de Testagem e Acolhimento/ Serviço de Atendimento especializado (CTA/SAE).

BENEFÍCIOS: O Senhor(a) receberá um acompanhamento farmacêutico, com consulta farmacêutica, em atendimento reservado, com duração média de 30 minutos, visando ajudar na compreensão do seu tratamento medicamentoso. Nesses atendimentos, serão realizados questionários sobre dados pessoais e uma análise dos medicamentos utilizados, para que juntos elaborem um plano de cuidado para o seu tratamento. O Sr(a) será acompanhado por um período de 1 (um) ano, em encontros mensais ou bimestrais previamente agendados.

RISCOS: Poderá gerar algum tipo de estresse causado pelas respostas à entrevista. Porém, para prevenção desse risco, foi estruturado um questionário com respostas diretas que será respondido pelo paciente e/ou responsável legal. Além disso, poderá haver medo de exposição de caso, por isso, a pesquisadora compromete-se a manter o sigilo quanto a sua identidade e dados, não fazendo nenhuma referência individual a qualquer um dos envolvidos, utilizando as informações obtidas apenas para fins acadêmico-científicos. Dessa forma, os riscos para a participação do(a) Sr(a) serão mínimos, pois não haverá nenhum procedimento invasivo e/ou intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas.

Participando desta pesquisa, o Sr(a) nos ajudará a melhorar as estratégias para aperfeiçoar o serviço do cuidado às pessoas vivendo com HIV/Aids atendidos nessa unidade, melhorando a qualidade de vida dessas pessoas. O Sr(a) terá garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do

estudo, sem quaisquer prejuízos ao seu tratamento por parte do CTA ou de qualquer parte envolvidas no estudo.

Todos os indivíduos participantes ou seus representantes terão acesso em qualquer etapa do estudo a Prof^ª. Dr^ª. Carolina Heitmann Mares Azevedo Ribeiro a qual pode ser encontrada pelo telefone (91) 98501-2929 ou no endereço Rua Diogo Moia nº 871, apto 26, Belém - Pará, E-mail: carolmheitmann@hotmail.com e com a Dra. Jorgete Carneiro Chaves, que pode ser encontrada pelo telefone (91) 99145-4545 ou no endereço Cond. Mirante do Vale, Al. Mogno nº 08, Marabá - Pará, E-mail: jorgetecarneiro@hotmail.com, para esclarecimento de eventuais dúvidas. Assim como, podem entrar em contato com o CEP/ICS (Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-ICS/UFGPA), localizado no Complexo de Sala de Aula/ICS - Sala 13 - Campus Universitário, nº 01, Guamá. CEP: 66.075-110 - Belém-Pará. Tel: 3201-7735 E-mail: cepccs@ufpa.br.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há recompensa financeira relacionada à sua participação.

Todos os dados serão guardados pelos pesquisadores durante o período de 01 (um) ano, posteriormente todos os arquivos dos dados coletados serão incinerados e/ou deletados dos arquivos digitais.

Eu, _____
concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Assinatura do paciente

Marabá, ___/___/____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a sua participação neste estudo.

Prof^ª. Dr^ª. Carolina Heitmann Mares Azevedo Ribeiro

APÊNCIDE B – Ficha de caracterização Sócio-Demográfica

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DO PACIENTE

Registro : _____ Data: ____/____/____

Nome: _____

1) Sexo: Masculino Feminino

2) Raça: branco negro outros _____

3) Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

4) Estado civil:

Solteiro

separado / divorciado

casado

amasiado / união consensual

viúvo

5) Escolaridade:

analfabeto

ensino médio completo

sabe ler e escrever

educação superior incompleto

ensino fundamental incompleto

educação superior completo

ensino fundamental completo

não sabe

ensino médio incompleto

7) Ocupação:

aposentado

desempregado

Trabalhador com vínculo empregatício

trabalhador autônomo

do lar



Secretaria
Municipal
De Saúde



Prefeitura Municipal de Marabá
Secretaria Municipal de Saúde de Marabá (SMS)
Serviço de Atendimento Especializado/ Centro de Testagem e Aconselhamento de Marabá (SAE/CTA MAB)

Protocolo de Procedimento Operacional Padrão do Cuidado Farmacêutico aos pacientes portadores de HIV/AIDS.

Valmir Silva Moura
Secretário Municipal de Saúde

Geraldo Pereira Barroso
Diretor do Departamento de Média e Alta Complexidade

Katiane Chaves de Souza
Gerente do SAE/CTA de Marabá

Jorgete Carneiro Chaves
Organizadora

Nathalye Lima de Oliveira
Zilvandro Moreira Miranda
Colaboradores

Marabá – Pará
2021

Apresentação

O Serviço de Atendimento Especializado e Centro de Aconselhamento e Testagem (CTA/SAE) é um órgão público municipal, localizado no município de Marabá, na região sudeste do Estado do Pará. Essa instituição é referência no município para o atendimento em HIV/aids, atuando como Serviço de Atendimento Especializado (SAE) para as Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA), atendendo o público do próprio município e de regiões vizinhas, que abrange uma população em torno de quinhentas mil pessoas.

Somente as farmácias dos SAE credenciados são autorizadas a dispensar os medicamentos, sendo denominadas de Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM). Este serviço garante as PVHA o direito de receber gratuitamente, pelo SUS os medicamentos.

Com o advento da terapia antirretroviral de alta eficácia (HAART), a história natural da AIDS foi alterada, mudando o perfil da epidemia, resultando na melhora dos indicadores de morbidade, de mortalidade e de qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) (PRIMO, 2015). Em consequência, o Programa Nacional de DST/Aids (PN-DST/Aids) através do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a disponibilizar prevenção combinada e saúde reprodutiva das PVHA, procurando apresentar estratégias para compreensão do cuidado integral e enfrentamento da epidemia, com melhoria da oferta de serviços e da qualidade de assistência à saúde aos pacientes, tornando o Brasil um dos pioneiros a atestar pelo SUS o direito igualitário e universal de acesso a medicamentos para o tratamento de doenças oportunistas e antirretrovirais (ABRÃO et al, 2014).

Estas conquistas contribuíram para que a infecção pelo vírus HIV, na atualidade, se tornasse uma doença de caráter crônico e controlável, possibilitando a reinserção social das PVHA com a retomada nas rotinas diárias e profissionais (CARNEVALE, 2012). Entretanto, o sucesso terapêutico requer níveis elevados de adesão ao tratamento, com o uso diário e contínuo, na dose e hora certas, necessários para que ocorra a supressão da replicação viral e

melhora imunológica e de outros desfechos clínicos; para a redução do risco de desenvolver resistência aos TARV; e para reduzir o risco de transmissão do vírus HIV, o que ainda é um grande desafio a ser vencido (WHO, 2014).

A meta principal do tratamento é a supressão da carga viral das pessoas infectadas pelo HIV. Para tanto, estratégias de monitoramento e de melhorias, com o desenvolvimento de novas práticas profissionais, como por exemplo o acompanhamento farmacoterapêutico, com o objetivo de aumentar a adesão dos pacientes em uso de TARV têm sido constantemente propostas por parte dos serviços de atendimento especializado (BONOLO, 2007; SILVA, 2008; BRASIL, 2018). Os serviços farmacêuticos otimizam, promovem a racionalidade e a segurança da farmacoterapia contribuindo com o processo de cuidado, apresentando melhores resultados clínicos, humanísticos e econômicos (MAGEDANZ, 2020).

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Estruturação dos Serviços Farmacêuticos no SAE/ CTA Marabá	13
Figura 2	Etapas do Cuidado Farmacêutico	15
Figura 3	Consulta Farmacêutica SOAP	17
Figura 4	Frequência de solicitação de exames de CV-HIV	19
Figura 5	Frequência de solicitação de exames de LT-CD4+	20
Figura 6	Tabela de fármacos utilizados na terapia de antirretrovirais (TARV)	21
Figura 7	Esquema de TARV inicial para adultos	25
Figura 8	Principais causas de falha virológica	26
Figura 9	Recomendações Nutricionais para PVHA em TARV	30
Figura 10	Fatores que dificultam a adesão à TARV	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Posologia dos antirretrovirais de uso adulto prescritos no SAE/CTA Marabá por classes terapêuticas.	22
-----------------	---	----

LISTA DE ABREVIACOES, SIGLAS E SÍMBOLOS

ABC	Abacavir
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ARV	Antirretroviral
AZT	Zidovudina
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CF	Cuidado Farmacêutico
CV	Carga Viral
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DTG	Dolutegravir
EFZ	Efavirenz
ILTB	Infecção Latente de Tuberculose
INI	Inibidores de Integrase
IP	Inibidores de Protease
ITRN	Inibidores da Transcriptase Reversa Nucleosídeo
ITRNN	Inibidores da Transcriptase Reversa Não Nucleosídeo
HAART	Terapia Antirretroviral de Alta Eficácia
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MAB	Marabá, Pará
MS	Ministério da Saúde
NTX	Neurotoxoplasmose
NVP	Nevirapina
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCDT HIV em adultos	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em adultos
PN	Programa Nacional
POP	Procedimento Operacional Padrão
PRM	Problemas Relacionados a Medicamentos
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/ Aids
RNM	Resultados Negativos Associados aos Medicamentos
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SUS	Sistema nico de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDF	Tenofovir
T CD4+	Linfócito T auxiliar, célula T colaboradora
UDM	Unidade Dispensadora de Medicamentos
3TC	Lamivudina

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	SERVIÇOS CLÍNICOS FARMACÊUTICOS (SF)	13
	2.1 CUIDADO FARMACÊUTICO (CF)	14
	2.2 CONSULTA FARMACÊUTICA	15
3	MONITORAMENTO LABORATORIAL DA INFECÇÃO PELO HIV	19
4	TERAPIA COM ANTIRRETROVIRAIS (TARV)	21
	4.1 FALHA AO TRATAMENTO	26
	4.2 EVENTOS ADVERSOS ASSOCIADOS AOS ARV	27
5	INTERVENÇÕES FARMACOTERAPÊUTICAS	29
6	ADESÃO AO TRATAMENTO	31
7	ROTEIRO DA CONSULTA FARMACÊUTICA	33
	7.1 SELEÇÃO DOS PACIENTES	33
	7.1.1 OBJETIVO	33
	7.1.2 RESPONSABILIDADE	33
	7.1.3 DEFINIÇÃO	33
	7.1.4 CAPTAÇÃO DO PACIENTE	33
	7.1.5 PROCEDIMENTOS	33
	7.2 AGENDAMENTO DA CONSULTA	33
	7.2.1 OBJETIVO	33
	7.2.2 RESPONSABILIDADE	33
	7.2.3 DEFINIÇÃO	34
	7.2.4 MATERIAIS	34
	7.2.5 PROCEDIMENTOS	34
	7.2.6 OBSERVAÇÕES	35
	7.3 CONSULTA FARMACÊUTICA	35
	7.3.1 OBJETIVO	35
	7.3.2 RESPONSABILIDADE	35
	7.3.3 DEFINIÇÃO	35
	7.3.4 MATERIAIS	35
	7.3.5 PROCEDIMENTOS	35
	7.3.6 OBSERVAÇÕES	36
	7.4 COLETA E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS	36

7.4.1 OBJETIVO	36
7.4.2 RESPONSABILIDADE	36
7.4.3 DEFINIÇÃO	36
7.4.4 MATERIAIS	36
7.4.5 PROCEDIMENTOS	37
7.4.6 OBSERVAÇÕES	38
7.5 IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS	39
7.5.1 OBJETIVO	39
7.5.2 RESPONSABILIDADE	39
7.5.3 DEFINIÇÃO	39
7.5.4 MATERIAIS	39
7.5.5 PROCEDIMENTOS	40
7.5.6 OBSERVAÇÕES	41
7.6 INTERVENÇÕES FARMACOTERAPÊUTICAS E PLANO DE CUIDADO	41
7.6.1 OBJETIVO	41
7.6.2 RESPONSABILIDADE	41
7.6.3 DEFINIÇÃO	42
7.6.4 MATERIAIS	42
7.6.5 PROCEDIMENTOS	42
7.6.6 OBSERVAÇÕES	44
7.7 SEGUIMENTO INDIVIDUAL	45
7.7.1 OBJETIVO	45
7.7.2 RESPONSABILIDADE	45
7.7.3 DEFINIÇÃO	45
7.7.4 MATERIAIS	45
7.7.5 PROCEDIMENTOS	45
7.7.6 OBSERVAÇÕES	46
REFERÊNCIAS	47
ANEXOS	55
ANEXO A: Eventos adversos associados aos ARV	56
ANEXO B: Tabela de Interações Medicamentosas da TARV	60

ANEXO C: Relação dos formulários que integram o Protocolo da Consulta Farmacêutica	62
ANEXO D: Formulário de agendamento da consulta farmacêutica	63
ANEXO E: Formulário do Cartão Controle de Saúde	64
ANEXO F: Formulário de preenchimento padrão de prontuário	65
ANEXO G: Formulário para avaliação da consulta de retorno	72
ANEXO H: Formulário de monitoramento de condições de saúde	78
ANEXO I: Formulário de Instrumento para avaliação da ansiedade	80
ANEXO J: Formulário de Instrumento para avaliação da depressão	81
ANEXO K: Avaliação por escala analógica da dor	82
ANEXO L: Avaliação da percepção geral de saúde e qualidade de vida	83
ANEXO M: Avaliação da capacidade de gestão dos medicamentos	84
ANEXO N: Formulário de Avaliação da adesão ao tratamento	85
ANEXO O: Instrumento de Avaliação da Adesão ao tratamento	86
ANEXO P: Encaminhamento de paciente à equipe multiprofissional	87
ANEXO Q: Prescrição Farmacêutica	88
ANEXO R: Automonitoramento da pressão arterial (PA)	89
ANEXO S: Automonitoramento residencial da PA	90
ANEXO T: Automonitoramento da Glicemia	91
ANEXO U: Calendário Posológico	92

1 Introdução

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) causada pela infecção do vírus da imunodeficiência humana (HIV), foi identificado em 1981, e ainda hoje, constitui um sério problema de Saúde Pública em todo o mundo (BRASIL, 2016). A infecção pelo HIV/Aids faz parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças (Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016), sendo que a aids é de notificação compulsória desde 1986 e a infecção pelo HIV é de notificação compulsória desde 2014, tornando-se obrigatória a comunicação de ocorrência de casos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Importantes avanços foram alcançados no Brasil, desde a descoberta da AIDS, com a sanção da Lei 9.313, de 13 de novembro de 1996, que dispõe sobre a obrigação do estado de distribuir, de forma universal e gratuita, os medicamentos para terapia antirretroviral (TARV) e a terapia de alta eficácia (HAART) (BRASIL, 1996; AYRES, 2006).

Estas conquistas contribuíram para que a infecção pelo vírus HIV, na atualidade, se tornasse uma doença de caráter crônico e controlável, possibilitando a reinserção social das PVHA com a retomada nas rotinas diárias e profissionais (CARNEVALE, 2012). Entretanto, o sucesso terapêutico requer níveis elevados de adesão ao tratamento, com o uso diário e contínuo, na dose e hora certas, necessários para que ocorra a supressão da replicação viral e melhora imunológica e de outros desfechos clínicos; para a redução do risco de desenvolver resistência aos TARV; e para reduzir o risco de transmissão do vírus HIV, o que ainda é um grande desafio a ser vencido (WHO, 2014).

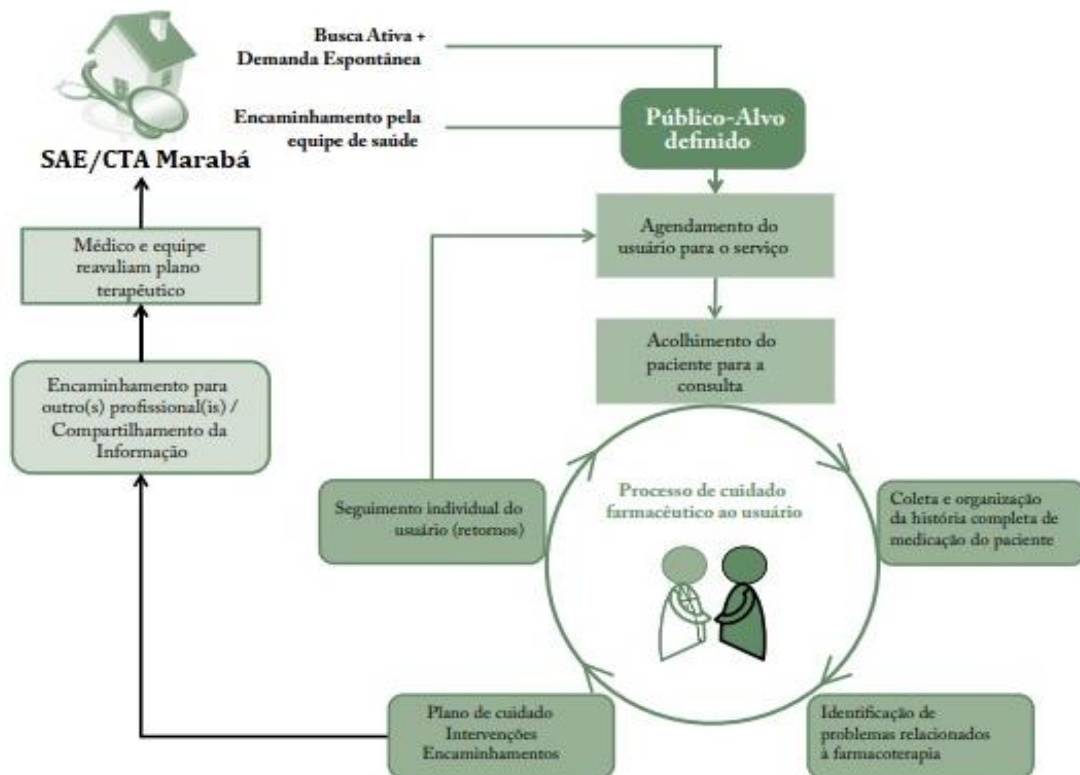
O “Protocolo de Procedimento Operacional Padrão do Cuidado Farmacêutico aos pacientes portadores de HIV/AIDS” tem por objetivo estabelecer os requisitos para organizar e qualificar o cuidado farmacêutico em suas diferentes complexidades, bem como registrar a inserção dos serviços farmacêuticos aos pacientes atendidos no SAE de Marabá, oferecendo recomendações atualizadas para prevenção da transmissão, manejo da infecção e melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV (PVHIV), de

acordo com a última publicação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos” (PCDT Adultos).

2 SERVIÇOS CLÍNICOS FARMACÊUTICOS (SF)

Os serviços farmacêuticos (SF) podem ser entendidos como um conjunto de ações exercidas pelo farmacêutico ou sob sua supervisão, prestadas no decorrer das diversas atividades integrantes do campo da assistência farmacêutica, que podem estar dirigidos ao medicamento (aquisição, armazenamento, distribuição, estocagem, manipulação, garantia da qualidade, entre outros) e ao paciente (dispensação, aconselhamento farmacêutico, acompanhamento farmacoterapêutico, detecção e notificação de reações adversas a medicamentos e a educação em saúde, entre outros) (MOULLIN et al, 2016).

Figura 1: Estruturação dos Serviços Farmacêuticos no SAE/CTA Marabá



Fonte: Ministério da Saúde, 2015 (adaptado)

Historicamente, a Assistência Farmacêutica (AF) incluída por meio da publicação da Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998), foi consolidada pelas atividades de aquisição e distribuição relacionadas aos medicamentos no País. Mesmo após o aprimoramento da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, da qual os serviços farmacêuticos fazem parte, formulada em 2004 (BRASIL, 2004a), muitos setores ainda consideram a AF apenas como um sistema logístico ou um sistema de apoio, e não como integrante do conjunto de ações e de serviços de saúde, na conjuntura do SUS (ANGELO, 2016).

Porém, com o desenvolvimento socioeconômico, o acesso à informação e a medicamentos sem prescrição médica, a pluralidade de prescritores de diferentes especialidades, a alta prevalência das condições crônicas e a polimedicação, criaram novas necessidades relacionadas aos medicamentos que os serviços de saúde atuais têm dificuldade em atender (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011). E, com a base do princípio da integralidade, uma das premissas da filosofia do Cuidado Farmacêutico, o paciente passou a ser visto como o sujeito que detém particularidades a serem respeitadas e consideradas, estabelecendo um plano de cuidado na perspectiva da lógica de produção de saúde colaborativa (TAVERES, 2020; BRASIL, 2018).

As boas práticas dos serviços farmacêuticos direcionados ao cuidado contribuem para reduzir os custos, otimizar prescrições, melhorar adesão ao tratamento, auxiliar no controle de reações adversas, e prevenir problemas relacionados ao processo de uso de medicamentos e erros de medicação (PAULINO et al, 2018; PEREIRA, 2018).

2.1 CUIDADO FARMACÊUTICO (CF)

Compreende-se por Cuidado Farmacêutico toda atividade clínico-farmacêutica empreendida diretamente ao paciente com a finalidade de contemplar as necessidades referentes ao uso de medicamentos (MOULIN et al, 2016).

O cuidado farmacêutico constitui na ação integrada do farmacêutico com a equipe de saúde, centrada no usuário, para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde e prevenção de agravos. Engloba consultas farmacêuticas, o acompanhamento farmacoterapêutico, atividades educativas-pedagógicas. O objetivo do CF está focado não apenas na dispensação de medicamentos e manejo de problemas de saúde autolimitados, mas também, na educação e no rastreamento em saúde, visando a promoção e o uso racional de medicamentos, para melhor obtenção do processo de uso de medicamentos, resultados em saúde e qualidade de vida, voltadas ao indivíduo, à família, à comunidade e à equipe de saúde (ROBERTS et al., 2003; GASTELURRUTIA et al., 2005; BRASIL, 2014a; CFF, 2016).

Figura 2: Etapas do processo do Cuidado Farmacêutico



Fonte: CFF, 2016.

Para uma boa prática no processo do cuidado farmacêutico, o profissional precisa de um método clínico completo de atendimento aos

pacientes, um sistema de registro confiável que abarque suas responsabilidades profissionais e seu amplo conhecimento (CORRER, OTUKI, 2013).

2.2 CONSULTA FARMACÊUTICA

A consulta farmacêutica trata-se do atendimento realizado pelo farmacêutico em ambiente ambulatorial, em que o farmacêutico deve estabelecer uma relação de confiança com o paciente, responsabilizando-se pelos problemas enfrentados por este em relação às suas condições de saúde e ao seu tratamento (Brasil, 2014).

O farmacêutico atua integrado junto à equipe de saúde, desenvolvendo as atividades específicas de seu campo de conhecimento, compartilhando saberes e ações com os demais profissionais de saúde, de forma orgânica e indissociável da prática da própria equipe (TALL, 2020).

Na consulta direcionada à PVHA, é necessário a orientação acerca do uso de ARV respondendo às dificuldades expressas pelos usuários, procurando ajudá-los a construir estratégias que lhes permitam viver melhor com o seu tratamento (BRASIL, 2018).

Portanto, os principais objetivos da consulta farmacêutica aos pacientes soropositivos para HIV são:

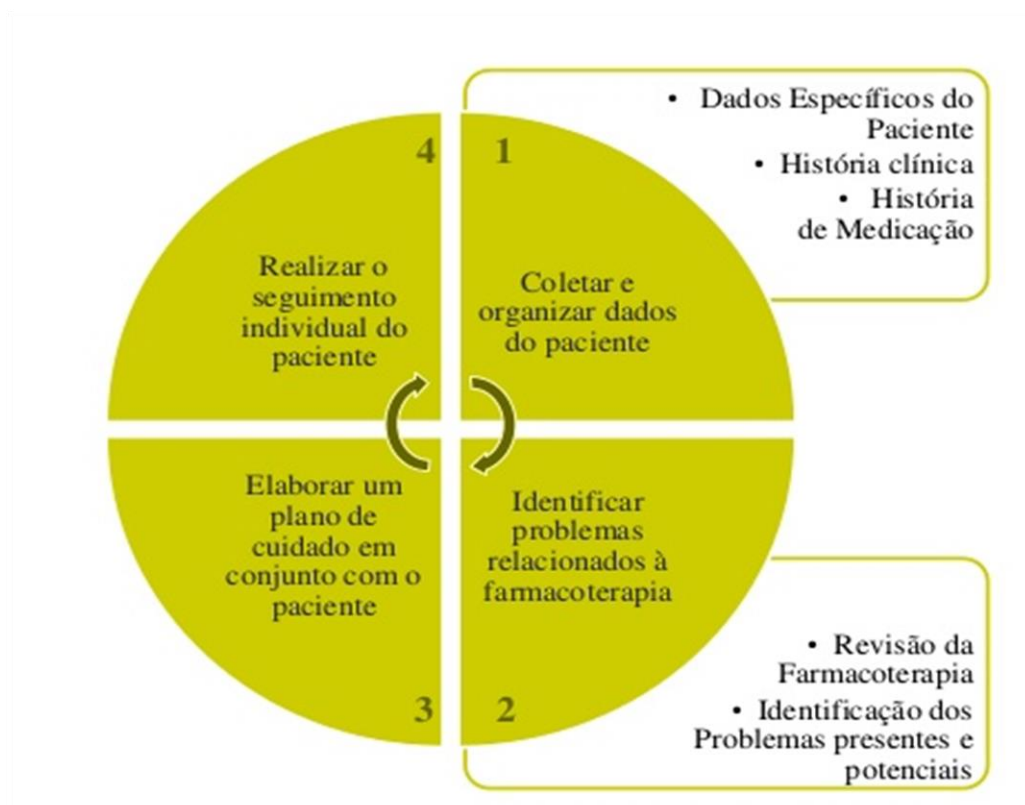
- estratégias de adesão à TARV;
- orientações de uso e conservação dos ARV;
- identificação, manejo e notificação de eventos adversos;
- observância de interações medicamentosas;
- acompanhamento farmacoterapêutico individual do usuário;
- participação ativa nas discussões de casos clínicos e elaboração de propostas terapêuticas;
- Promoção do uso racional de antirretrovirais.

Atualmente, os principais métodos de seguimento farmacoterapêutico utilizados na literatura para a documentação da consulta farmacêutica são:

SOAP; PWDT; TOM; Dáder. Sendo o método de SOAP o mais usado para o ciclo de atendimento (TAVARES, 2020).

O método SOAP (do inglês, Subjective, Objective, AssessmentPlan), organiza as informações em dados subjetivos (S), objetivos (O), avaliação (A) e plano (P) (CFF, 2015). Cada termo se refere a uma parte do processo de atendimento do usuário, com atividades específicas a serem realizadas. O processo começa com o primeiro contato com o paciente, para que ocorra o registro das informações sobre uso de medicamentos e a relação com a enfermidade. As informações objetivas são as coletadas em concordância com sinais vitais, resultados de exames e testes laboratoriais. Na avaliação, é realizada a união dos dados e relacionados com os medicamentos e intervenções, por final tem o plano onde tudo será estabelecido para instaurar o cuidado, e dessa forma ocorre o ciclo do atendimento (HURLEY, 2004; ROVERS et al., 2003).

Figura 3: Consulta farmacêutica SOAP



Fonte: <http://otuki-metodoclinicoparaatencaofarmaceutica.pdf>

A importância e complexidade do tratamento medicamentoso, assim como o dinamismo com que são incorporados novos fármacos, dão ao farmacêutico um papel de destaque no apoio à qualidade da prescrição. Isso inclui orientações individuais aos pacientes sobre o uso do medicamento, supervisão e orientação sobre a adequação dos esquemas antirretrovirais, doses, posologias e interações, participação em grupos de adesão e controle de faltosos, além de aspectos clínicos envolvidos com o manejo, informação e notificação de efeitos adversos (TAVARES, 2020; BRASIL, 2018).

Essas metas só poderão ser alcançadas se houver um fluxo organizado de trabalho inserido no contexto do serviço (unidade de saúde), no qual o farmacêutico é o principal responsável, podendo, eventualmente, compartilhar algumas atividades com a equipe de saúde (BRASIL, 2018).

3 MONITORAMENTO LABORATORIAL DA INFECÇÃO PELO HIV

A contagem de Carga Viral (CV) e Linfócitos T-CD4+ são parâmetros de monitoramento e marcadores da doença, que revelam o quanto o paciente está potencialmente sujeito a infecções por doenças oportunistas. A CV é uma avaliação quantitativa do RNA do HIV e manter a carga viral o mais baixa possível durante o máximo de tempo diminui as complicações, retarda a evolução da doença e prolonga a vida (CASAGRANDE, 2019; ÁLVAREZ BARRENECHE et al., 2017).

Figura 4: Frequência de solicitação de exame de CV-HIV

Quadro – Frequência de solicitação de exame de CV-HIV para monitoramento laboratorial de PVHIV, de acordo com a situação clínica

SITUAÇÃO CLÍNICA	FREQUÊNCIA DE SOLICITAÇÃO	PRINCIPAIS OBJETIVOS
PVHIV em seguimento clínico	A cada 6 meses	Confirmar continuidade da supressão viral e adesão do paciente
Início de TARV ou modificação de TARV por falha virológica	Após 8 semanas do início de TARV ou de novo esquema TARV	Confirmar resposta virológica adequada à TARV ou ao novo esquema de TARV e adesão do paciente
Confirmação de falha virológica	Após 4 semanas da primeira CV-HIV detectável	Confirmar falha virológica e necessidade de solicitação de exame de genotipagem

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

A contagem de LT-CD4+ é um dos biomarcadores mais importantes para avaliar a urgência de início da TARV e a indicação das imunizações e das profilaxias para Infecções oportunistas (IO). Com esse exame, é possível avaliar o grau de comprometimento do sistema imune e a recuperação da resposta imunológica com o tratamento adequado, além de definir o momento de interromper as profilaxias (CASAGRANDE, 2019; ÁLVAREZ BARRENECHE et al., 2017).

A contagem de LT-CD4+ tem importância na avaliação inicial, enquanto a CV-HIV é considerada o padrão-ouro para monitorar a eficácia da TARV e detectar precocemente problemas de adesão em PVHIV (RAWIZZA et al, 2011; SIGALOFF et al, 2011).

Figura 5: Frequência de solicitação de exame de LT-CD4+

Quadro – Frequência de solicitação de exame de LT-CD4+ para monitoramento laboratorial de PVHIV, de acordo com a situação clínica

SITUAÇÃO CLÍNICA	CONTAGEM DE LT-CD4+	FREQUÊNCIA DE SOLICITAÇÃO
PVHIV com:	CD4 < 350 céls/mm ³	A cada 6 meses ^(b)
<ul style="list-style-type: none"> > Em uso de TARV; e > Assintomática; e > Com carga viral indetectável 	CD4 > 350 céls/mm ³ em dois exames consecutivos, com pelo menos 6 meses de intervalo	Não solicitar
PVHIV que NÃO apresentem as condições acima, tais como:	Qualquer valor de LT-CD4+	A cada 6 meses ^(b)
<ul style="list-style-type: none"> > Sem uso de TARV; ou > Evento clínico^(a); ou > Em falha virológica 		

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

^(a) Infecções (inclusive IO), toxicidade e possíveis causas de linfopenias (neoplasias, uso de interferon etc.).

^(b) Pacientes em uso de profilaxia de IO podem ter a frequência de solicitação de contagem de LT-CD4+ reduzida para três meses, a fim de avaliar critérios de resposta imunológica para suspensão ou manutenção da profilaxia.

4 TERAPIA COM ANTIRRETROVIÁRIAS (TARV)

O uso imediato da TARV está recomendado para todas as PVHIV, assim que confirmado diagnóstico, independentemente do seu estágio clínico e/ou imunológico.

Existem cinco classes principais de antirretrovirais (ARV) disponíveis e aprovadas pelo FDA ((Food and Drug Administration) para o tratamento do HIV, são os inibidores da transcriptase reversa nucleosídeos/nucleotídeos (ITRN); os inibidores da transcriptase reversa não nucleosídeos (ITRNN); os inibidores de protease (IP); os inibidores de integrase (INI) e os inibidores de entrada.

Figura 6: Tabela de fármacos utilizados na terapia antirretroviral (TARV).

Tabela 1 – Fármacos atualmente utilizados na terapia antirretroviral (TARV) combinada com seu mecanismo de ação e principais efeitos adversos

Classe	Nome genérico	Mecanismo de ação	Efeitos adversos
Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos (ITRN)	Abacavir (ABC), Didanosina (ddI), Estavudina (d4T), Lamivudina (3TC), Zidovudina (AZT) Tenofovir (TDF) *	Impedem a infecção aguda das células, pois atuam sobre a transcriptase reversa, impedindo que o RNA viral se transforme em DNA complementar	toxicidade mitocondrial; toxicidade hepática, lipotrofia, anemia, miopatia, neuropatia periférica, pancreatite
Inibidores da Transcriptase Reversa Não-Análogos de Nucleosídeos (ITRNN)	Efavirenz (EFZ), Nevirapina (NVP), delavirdina		Elevação das enzimas hepáticas, dislipidemia, exantema e síndrome de Stevens-Johnson.
Inibidores de Protease (IP)	Fosamprenavir (FAPV), Atazanavir (ATV), Darunavir (DRV), Indinavir (IDV), Lopinavir (LPV), Nelfinavir (NFV), Ritonavir (RTV), Saquinavir (SQV)	Atuam impedindo a clivagem da protease do polipeptídeo precursor viral e bloqueia a maturação do vírus	Toxicidade metabólica; lipodistrofia, dislipidemia, hiperglicemia, resistência a insulina, diabetes, intolerância gastrointestinal, toxicidade hepática
Inibidores da entrada do HIV		Impedem a entrada do material genético viral pela sua ação no mesmo local da entrada do HIV na célula que expressa receptor CD4	Reações de Hipersensibilidade, principalmente local, ou, mais raramente sistêmica
Inibidor da fusão	Enfuvirtida (T-20)		

* análogo de nucleotídeo.

Fonte: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2009001100019>

Os ITRN`s são pró-fármacos que após sofrerem fosforilação intracelular são convertidos no derivado 5'- trifosfato agindo como um inibidor competitivo ou um substrato alternativo da transcriptase reversa impedindo a síntese de DNA viral. Estes compostos são eliminados por excreção renal, podendo ser necessário troca de ARV ou ajuste de dose em pacientes com disfunção renal e, seus efeitos adversos podem incluir mielotoxicidade, lipotrofia e toxicidade mitocondrial (HOFFMANN; ROCKSTROH, 2015).

Os ITRNN's são metabolizados pelo citocromo P 450 e, da mesma forma que os análogos nucleosídeos o alvo dos ITRNN's é a transcriptase reversa, entretanto são inibidores não competitivos que se ligam a um sítio alostérico da enzima inativando-a e não necessitam de ativação intracelular. Já os IP's mimetizam peptídeos endógenos e bloqueiam a ação da enzima protease do HIV, responsável pela clivagem da poliproteína gag-pol viral. Este bloqueio impede a produção de proteínas estruturais e funcionais da nova partícula de vírus, porém, seu uso contínuo está relacionado à lipodistrofia e dislipidemia (HOFFMANN; ROCKSTROH, 2015).

Os INI's atuam na inibição da integrase, que é uma das enzimas chave para a replicação do HIV, assim como a protease e a transcriptase reversa (HOFFMANN; ROCKSTROH, 2015).

Tabela 1: Posologia dos antirretrovirais de uso adulto prescritos no SAE Marabá agrupados por classes terapêuticas.

Classe	Fármaco	SIGLA	Posologia
ITRN	Abacavir 300 mg	ABC	2 comprimidos 1 vez ao dia ou a cada 12h
	Lamivudina 150 mg	3TC	2 comprimidos 1 vez ao dia ou a cada 12h
	Tenofovir 100 mg	TDF	1 comprimido ao dia
	Zidovudina + Lamivudina	BIOVIR	1 comprimido a cada 12h
	Tenofovir + Lamivudina	TL	1 comprimido ao dia
	Efavirenz + Lamivudina + Tenofovir	3 em 1	1 comprimido à noite
ITRNN	Efavirenz 600 mg	EFZ	1 comprimido à noite
	Nevirapina 200 mg	NVP	1 comprimido a cada 12h
IP	Atazanavir 300 mg	ATZ	1 comprimido com ritonavir
	Darunavir 600 mg	DAR	1 comprimido a cada 12h com ritonavir
INI	Dolutegravir 50 mg	DTG	1 comprimido ao dia
	Raltegravir 400 mg	RAL	1 comprimido a cada 12h

Fonte: Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o manejo da infecção pelo HIV em adultos (BRASIL, 2018).

A terapia inicial deve sempre incluir combinações de três ARV, sendo dois ITRN/ ITRNt associados a uma outra classe de antirretrovirais (ITRNN, IP/r ou INI). No Brasil, para os casos em início de tratamento, o esquema inicial preferencial deve ser a associação de dois ITRN/ITRNt – Lamivudina (3TC) e Tenofovir (TDF) – associados ao inibidor de integrase (INI) – Dolutegravir (DTG). Exceção a esse esquema deve ser observada para os casos de coinfeção TB-HIV, MVHIV com possibilidade de engravidar e gestantes (WHO, 2016).

O Tenofovir Desoxiproxil Fumarato (TDF) é um análogo de nucleotídeo (ITRNt) e sua maior desvantagem é a nefrotoxicidade, particularmente em diabéticos, hipertensos, negros, idosos, pessoas com baixo peso corporal (especialmente mulheres), doença pelo HIV avançada ou insuficiência renal pré-existente e no uso concomitante de outros medicamentos nefrotóxicos. Tem sido associado ao aparecimento ou agravamento da insuficiência renal e, na diminuição da densidade óssea (GERVASONI et al, 2013; SCHERZER et al, 2012; HALL et al, 2011).

O Dolutegravir (DTG) é um INI que tem as vantagens de alta potência, alta barreira genética, administração em dose única diária e poucos eventos adversos, garantindo esquemas antirretrovirais mais duradouros e seguros. O DTG aumenta a concentração plasmática da metformina e não é recomendado em PVHIV em uso de fenitoína, fenobarbital, oxycarbamazepina, carbamazepina, dofetilida e pilsicainida. Antiácidos contendo cátions polivalentes (ex.: Al/Mg), quando prescritos, devem ser tomados seis horas antes ou duas horas depois da tomada do DTG. Suplementos de cálcio ou ferro devem ser tomados seis horas antes ou duas horas depois da tomada do DTG. Quando acompanhado de alimentos, o DTG pode ser administrado ao mesmo tempo que esses suplementos. As reações adversas mais frequentes de intensidade moderada a grave foram insônia e cefaleia (SONG et al, 2015; WALMSLEY et al, 2015; CASTAGNA et al, 2014).

A associação Zidovudina/Lamivudina (AZT/3TC) apresenta eficácia e segurança equivalentes a outras combinações de dois ITRN/ITRNt, sendo

habitualmente bem tolerada. Está disponível em coformulação, o que contribui para maior comodidade posológica. Os ITRN estão mais associados a toxicidade mitocondrial, hiperlactatemia e acidose láctica. A toxicidade hematológica é um dos principais efeitos adversos do AZT, o que pode resultar na sua substituição. Recomenda-se evitar o uso desse medicamento em casos de anemia (Hb abaixo de 10g/dL) e/ou neutropenia (neutrófilos abaixo de 1.000 céls/mm³). Em pacientes com anemia secundária à infecção pelo HIV, o uso do AZT pode reverter esse quadro laboratorial; porém, os índices hematimétricos devem ser monitorados até a estabilização da anemia. Outro efeito adverso do AZT a ser considerado é a lipoatrofia. As causas são multifatoriais e de difícil manejo. Esse evento pode comprometer a adesão à TARV (DERANT et al, 2011; SAX et al, 2011).

O Efavirenz (EFV) pertence à classe de ARV dos ITRNN, apresenta posologia confortável (um comprimido ao dia), facilitando a adesão ao tratamento. Promove supressão da replicação viral por longo prazo e possui perfil de toxicidade favorável. As principais desvantagens do EFV e de outros ITRNN são a prevalência de resistência primária em pacientes virgens de tratamento e a baixa barreira genética para o desenvolvimento de resistência (NACHEGA et al, 2014; RAMJAN et al, 2014; SNEDECOR et al, 2013).

Os efeitos adversos mais comuns relacionados ao EFV são: tonturas, alterações do sono, sonhos vívidos e alucinações, que costumam desaparecer após as primeiras duas a quatro semanas de uso. A indicação do EFV deve ser avaliada criteriosamente em pessoas com depressão ou que necessitam ficar em vigília durante a noite. Recomenda-se orientar ao paciente a tomada do medicamento logo antes de deitar-se para dormir e preferencialmente duas horas após o jantar (PIRES et al, 2017; ROCKSTROH et al, 2013; WALMSLEY et al, 2013).

O Raltegravir (RAL) deve ser administrado duas vezes ao dia, o que representa potencial desvantagem em relação a esquemas de tomada única diária. Entretanto, o RAL apresenta excelente tolerabilidade, alta potência, poucas interações medicamentosas, eventos adversos pouco frequentes e

segurança para o uso em coinfeções como hepatites e tuberculose (ERON et al, 2013; GARRIDO et al, 2012).

A orientação acerca do uso de ARV deve responder às dificuldades expressas pelos usuários, procurando ajudá-los a construir estratégias que lhes permitam viver melhor com o seu tratamento (CASAGRANDE, 2019).

Figura 7: Esquema de TARV inicial para adultos

Quadro – Esquema de TARV inicial preferencial para adultos

SITUAÇÃO	TERAPIA ANTIRRETROVIRAL	DOSE DIÁRIA	OBSERVAÇÃO
Adultos em início de tratamento ^(a)	TDF ^(b) /3TC + DTG ^(c)	(300mg/300mg) "2 x 1" + 50mg 1x/dia	
Coinfeção TB-HIV ^(d) sem critérios de gravidade (conforme critérios elencados abaixo)	TDF ^(b) /3TC/EFV	(300mg/300mg/600mg) – DFC 1x/dia	Concluído o tratamento completo para TB, poderá ser feita a mudança (switch) do EFV para DTG.
Coinfeção TB-HIV com um ou mais dos critérios de gravidade abaixo ^(d) : LT-CD4+ <100 céls/mm ³ Presença de outra infecção oportunista Necessidade de internação hospitalar/ doença grave Tuberculose disseminada	TDF ^(b) /3TC + RAL	(300mg/300mg) "2 x 1" 1x/dia + 400mg 12/12h	Concluído o tratamento completo de TB, deverá ser feita a mudança (switch) do RAL para DTG em até 3 meses

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

^(a) Para informações atualizadas e mais detalhes sobre TARV em gestantes, consultar o "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais", disponível em: <http://www.aids.gov.br/pcdt>.

^(b) TDF é contraindicado como terapia inicial em pacientes com disfunção renal pré-existente, TFG <60 mL/min ou insuficiência renal. Uso com precaução em pacientes com osteoporose/osteopenia, HAS e DM não controladas. Se usado, ajuste de dose deve ser feita quando TFG <50 mL/min.

^(c) O DTG não é recomendado em MVHIV com possibilidade de engravidar e que não utilizem métodos contraceptivos eficazes, preferencialmente os que não dependam da adesão (DIU ou implantes anticoncepcionais) e para todas as PVHIV em uso de fenitoina, fenobarbital, oxcarbamazepina e carbamazepina. Pacientes devem ser avaliados quanto à possibilidade de troca dessas medicações a fim de viabilizar o uso do DTG.

➤ Antiácidos contendo cátions polivalentes (ex.: Al/Mg) devem ser tomados 6 horas antes ou 2 horas depois da tomada do DTG.

➤ Suplementos de cálcio ou ferro devem ser tomados 6 horas antes ou 2 horas depois da tomada do DTG. Quando acompanhado de alimentos, o DTG pode ser administrado ao mesmo tempo que esses suplementos.

➤ O DTG aumenta a concentração plasmática da metformina. Para manter o controle glicêmico, um ajuste na dose da metformina pode ser necessário.

4.1 FALHA AO TRATAMENTO

O principal parâmetro para caracterizar a falha da TARV é a falha virológica, isto é, CV-HIV detectável após seis meses do início ou da modificação do tratamento, ou rebote da CV-HIV em indivíduos que haviam atingido supressão viral sob tratamento (BRASIL, 2018).

A falha virológica prejudica a recuperação imunológica, aumenta o risco de progressão da doença e leva à emergência de cepas resistentes aos ARV. A supressão parcial e a persistência de CV-HIV detectável, mesmo em níveis baixos, levam ao acúmulo de mutações que conferem resistência não só aos medicamentos em uso, mas também a outros da mesma classe, o que, conseqüentemente, resulta em perda de opções terapêuticas. O sucesso da TARV de resgate depende do reconhecimento precoce da falha virológica e da escolha cuidadosa da estratégia e dos medicamentos a serem utilizados no novo esquema (CASAGRANDE, 2019; BRASIL, 2018).

A principal causa de falha da TARV é a má adesão do paciente ao tratamento. Fatores psicossociais, como depressão, uso de substâncias psicoativas, dificuldade de acesso e comorbidades, além de fatores relacionados aos medicamentos, como efeitos adversos e posologia complexa, contribuem para a má adesão (SCOTT et al, 2016).

Figura 8: Principais causas de falha virológica

Quadro – Fatores associados à falha virológica

Baixa adesão ao tratamento

Considerada uma das causas mais frequentes de falha virológica, relaciona-se, sobretudo, ao esquecimento da tomada dos ARV, à complexidade posológica ou à ocorrência de efeitos adversos, devendo ser abordada em todos os pacientes em falha. Destaca-se que a supressão viral pode ser obtida, mesmo sem alteração da TARV, nos casos de falha associada à má adesão, precocemente identificados.

Esquemas inadequados

A utilização de esquemas subótimos, tais como terapia dupla, terapia tripla contendo apenas ITRN ou número insuficiente de medicamentos ativos, pode levar à supressão viral incompleta.

Fatores farmacológicos

Deve-se pesquisar a possibilidade de administração incorreta dos ARV, tais como quebra de comprimidos, interações medicamentosas ou erros de prescrição, além de outros fatores que resultam em má absorção ou eliminação acelerada dos medicamentos.

Resistência viral

A resistência genotípica do HIV aos antirretrovirais pode ser identificada no momento da falha em até 90% dos casos, podendo ser tanto causa como consequência daquela.

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Esquemas inadequados, seja pela potência insuficiente, seja pela baixa barreira genética (terapia dupla, terapia tripla com três ITRN, monoterapia com IP/r, IP sem potencialização pelo ritonavir), seja por interações medicamentosas, são associados a maior risco de falha da TARV. Comorbidades resultando em vômitos ou diarreia podem impedir a absorção adequada dos medicamentos e contribuir para a falha do tratamento.

As trocas de TARV normalmente são evitadas, porém, é necessário a avaliação de possibilidade de troca nos casos de efeitos adversos agudos/subagudos, prevenção de toxicidade em longo prazo, falha virológica, comorbidades associadas, prevenção de interações medicamentosas graves e planejamento de gravidez. O princípio fundamental da mudança da TARV é manter a supressão viral sem comprometer futuras opções de tratamento. Se uma interrupção de esquema resultar em falha virológica com o surgimento de novas mutações de resistência, o paciente pode necessitar de esquemas mais complexos (CASAGRANDE, 2019; BRASIL, 2018).

4.2 EVENTOS ADVERSOS ASSOCIADOS DOS ARV

Outro aspecto importante da TARV que pode refletir na forma de utilização dos medicamentos pelos pacientes são os efeitos adversos do tratamento antirretroviral, mais comuns no início e troca de terapia. Os medicamentos são altamente efetivos quando utilizados de forma correta, entretanto, o uso inadequado pode levar ao desenvolvimento de resistência (THOMPSON, 2009).

Os benefícios globais da supressão viral e a melhora na função imunológica como resultado da TARV superam largamente os riscos associados aos efeitos adversos de alguns ARV. Os novos esquemas de ARV estão associados a menos efeitos adversos graves ou intoleráveis que os esquemas utilizados no passado, e uma modificação imediata da TARV tem sido menos frequentes (COOKE et al, 2014).

Os efeitos adversos mais relatados são gastrointestinais, náusea leve ou diarreia no início do tratamento não são eventos incomuns, assim como em algumas reações alérgicas e sintomas leves do SNC, que ocorrem durante as primeiras semanas e muitas vezes melhoram espontaneamente ou podem ser tratados sintomaticamente (LIMA et al, 2015; POLLONI, 2014).

No entanto, alguns eventos adversos à TARV quase sempre requerem descontinuação e consequente substituição da terapia, por isso quando a TARV é escolhida para o paciente, deve-se considerar os possíveis efeitos adversos, bem como as comorbidades, o uso de medicamentos concomitantes e a história prévia de intolerância ou hipersensibilidade às medicações, considerando-se tanto as toxicidades de longo prazo quanto as de curto prazo, para que a supressão viral seja sustentada ao longo da vida (ANEXO A) (COOKE et al, 2014).

5 INTERVENÇÕES FARMACOTERAPÊUTICAS

As intervenções farmacoterapêuticas são realizadas como parte da estratégia de garantia do acesso universal ao tratamento da infecção por HIV/aids, preconizando a promoção do uso racional de antirretrovirais que ocorre quando o paciente recebe o medicamento apropriado à sua necessidade clínica, na dose e posologias corretas, por um período adequado e pelo menor custo para si e para a comunidade (BRASIL, 2018).

Os esforços para a readequação de atividades e práticas farmacêuticas objetivando o uso racional dos medicamentos são essenciais em uma sociedade em que os fármacos constituem o arsenal terapêutico mais utilizado. Essas práticas incluem intervenções não farmacológicas e intervenções farmacêuticas (MORILLO-VERDUGO et al, 2019).

Como intervenções não farmacológicas destacam-se: as recomendações alimentares e dos ARV em relação à ingestão ou não de alimentos; informações acerca da prática de atividade física, que aumentam a disposição e a autoestima, além de ajudarem a prevenir os problemas causados pela lipodistrofia, dislipidemia, resistência à insulina e osteoporose, assim como as doenças cardiovasculares; rotina de sono; e, sobre adesão (MORILLO-VERDUGO et al, 2019; PRIMO, 2015).

Figura 9: Recomendações nutricionais para PVHA em TARV

Quadro – Hipercolesterolemia: recomendações dietéticas

	PREFERIR	CONSUMIR COM MODERAÇÃO	EVITAR
Cereais	Grãos integrais (aveia, cevada, linhaça etc.)	Pão refinado, arroz e massas, biscoitos, cereais açucarados	Pães doces, bolos, tortas, croissants
Vegetais	Vegetais crus e cozidos		Vegetais preparados na manteiga ou creme
Legumes	Todos, incluindo soja e proteína de soja		
Frutas	Frutas frescas ou congeladas	Frutas secas, geleia, compotas, sorvetes	
Doces e adoçantes	Adoçantes não calóricos	Mel, chocolates (dar preferência a maior teor de cacau e evitar chocolate ao leite), doces	Bolos e sorvetes
Carnes e peixes	Peixes magros e oleosos, frango sem a pele	Cortes de carne bovina magra, carne de porco, frutos do mar	Salsichas, salames, toucinho, costelas, vísceras
Alimentos lácteos e ovos	Leite e iogurte desnatados, clara de ovos	Leite semidesnatado, queijos brancos e derivados magros	Queijos amarelos e cremosos, gema de ovo, leite e iogurte integrais
Molhos para temperar e cozinhar	Vinagre, ketchup, mostarda, molhos sem gordura	Óleos vegetais, margarinas leves, molhos de salada, maionese	Manteiga, margarinas sólidas, gorduras de porco e trans, óleo de coco
Nozes e sementes		Todas	Coco, dendê
Preparo dos alimentos	Grelhados, cozidos e no vapor	Assados e refogados	Fritos
HIPERTRIGLICERIDEMIA			
Evitar carboidratos refinados, tais como pães brancos, arroz branco, biscoitos, bolachas, doces, bolos, açúcar e bebidas alcoólicas.			

Fonte: V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose, 2013.

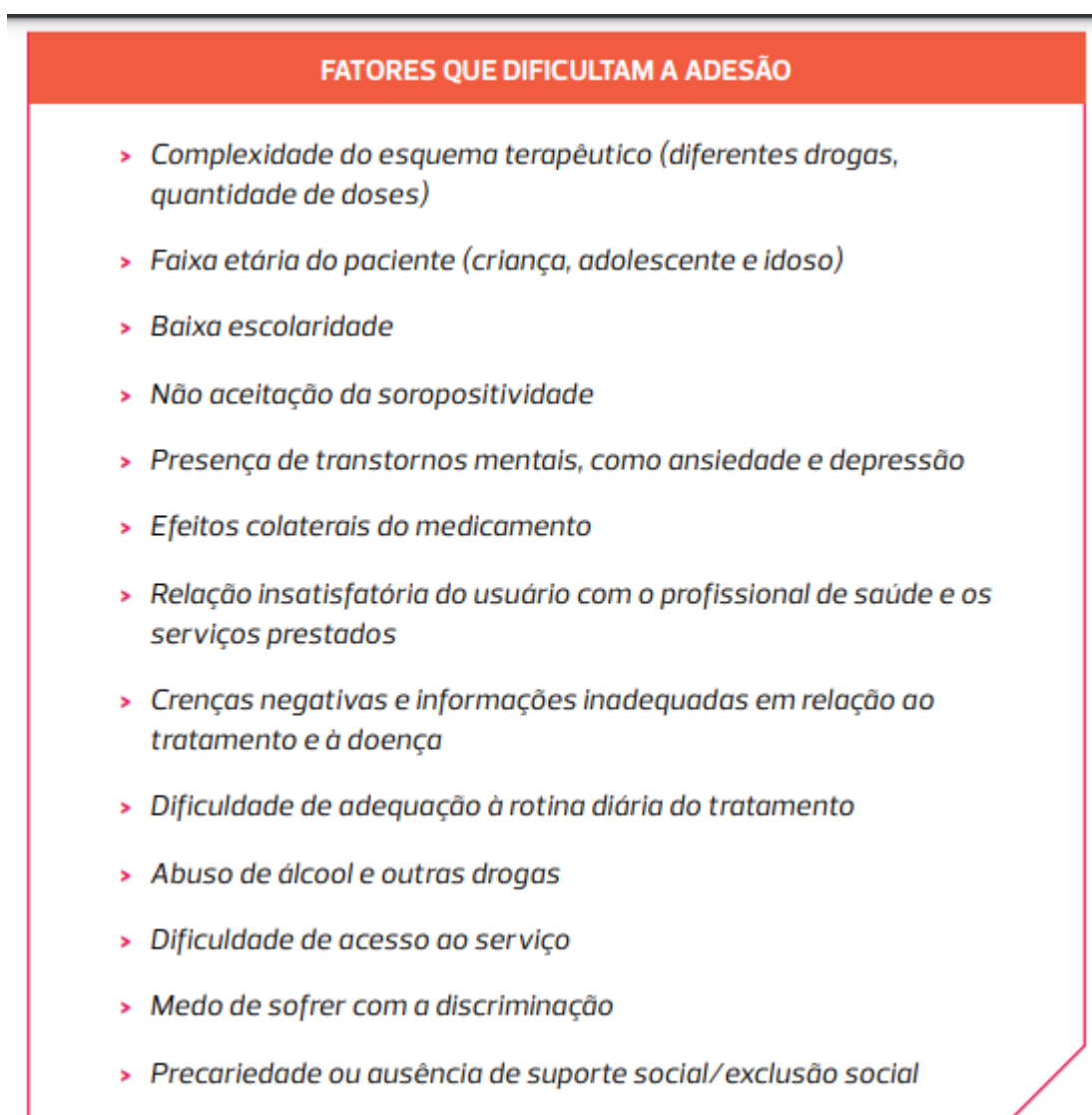
As intervenções farmacológicas são todas diretamente relacionadas aos ARV como interações, efeitos colaterais e adversos e os problemas relacionados aos medicamentos (MORILLO-VERDUGO et al, 2019; PRIMO, 2015).

As interações farmacocinéticas entre ARV e outros medicamentos (ANEXO B) concomitantes são comuns e podem levar ao aumento ou diminuição da exposição aos fármacos, reduzindo a eficácia da TARV ou aumentando sua toxicidade. Alguns grupos de medicamentos como os antituberculostáticos (em especial a Rifampicina), estatinas, inibidores da bomba de próton, antiácidos, anticonvulsivantes, antidepressivos, medicamentos para hepatite C e antimaláricos, devem receber especial atenção quando prescritos em associação à TARV, seja pela sua alta frequência na prática clínica, importante interação e/ou necessidade de ajuste de dose.

6 ADESÃO AO TRATAMENTO

Avaliar a adesão ao tratamento e identificar potenciais pacientes não aderentes é uma tarefa difícil, a ser realizada pelos profissionais dos serviços de saúde que atendem pacientes que fazem tratamento antirretroviral e que dispensam os medicamentos (ORTEGO, 2011).

Figura 10: Fatores que dificultam a adesão à TARV



Porém, a adesão ao tratamento do HIV tem caráter muito variável, pois, o mesmo paciente infectado pode apresentar fraca adesão em um momento específico e pode ter aderência desejável sob outras circunstâncias, destacando, sobretudo, a necessidade do acompanhamento mais próximo e humanizado (TALL et al, 2020).

O abandono do tratamento é um desfecho que reflete a qualidade da atenção e que deve ser evitado. A irregularidade no comparecimento às consultas, na retirada dos medicamentos e na realização dos exames de seguimento, bem como a defectibilidade da carga viral 6 meses após a introdução da TARV, são fatores de monitoramento que podem servir de alerta para o estabelecimento de saúde acerca do risco de desmotivação para o tratamento e o possível abandono deste.

7 ROTEIRO DA CONSULTA FARMACÊUTICA

7.1 SELEÇÃO DOS PACIENTES

7.1.1 OBJETIVO: Selecionar o paciente para a consulta farmacêutica.

7.1.2 RESPONSABILIDADE: Demanda espontânea ou encaminhados pela equipe de saúde.

7.1.3 DEFINIÇÃO: A seleção pode ocorrer durante o atendimento na farmácia, oriundos da busca ativa, demanda espontânea e/ou encaminhados por outros profissionais de saúde, que possuam alterações nas contagens de Carga Viral e LT-CD4+, polimedicados e/ou com problemas relacionados as farmacoterapias.

7.1.4 CAPTAÇÃO DO PACIENTE: Estabelecer uma relação de confiança e respeito entre a PVHA e a equipe multiprofissional do serviço de saúde. O uso de uma linguagem acessível é fundamental para a compreensão dos aspectos essenciais da infecção, da avaliação clínico-laboratorial, da adesão e do tratamento. Ao se estabelecer o diálogo, permite-se a compreensão e o esclarecimento de eventuais dúvidas e abre-se caminho para a superação das dificuldades.

7.1.5 PROCEDIMENTO: Receber o paciente e certificar-se sobre sua compreensão geral acerca da consulta farmacêutica.

7.2 AGENDAMENTO DA CONSULTA

7.2.1 OBJETIVO: Marcação da consulta farmacêutica.

7.2.2 RESPONSABILIDADE: Farmacêuticos da UDM e do atendimento de farmácia clínica.

7.2.3 DEFINIÇÃO: O agendamento deverá ocorrer logo após a seleção. Nesta etapa serão realizadas as marcações das consultas e fornecidas as primeiras orientações ao paciente.

7.2.4 MATERIAIS:

- Formulário (F 01) – Agenda da Consulta Farmacêutica
- Formulário (F 02) – Cartão Controle de Saúde

7.2.5 PROCEDIMENTO:

- O agendamento deverá ocorrer na farmácia do SAE/CTA Marabá.
- Deverá ser realizado após a seleção.
- Para o agendamento da primeira consulta deverá ser solicitado ao paciente informações como nome completo, endereço, telefone e existência de alterações laboratoriais e diagnóstico prévio de doenças crônicas.
- No formulário F 01, marcar a opção “1ª” se primeira consulta e a opção “R” se consulta de retorno.
- Para o agendamento de consultas de retorno deverá ser solicitado ao paciente apenas o nome completo e telefone para contato.
- Observar os horários disponíveis na agenda.
- Proceder com a marcação da consulta e a anotação dos dados coletados, nos respectivos campos da agenda.
- Para os pacientes de primeira consulta é imprescindível repassar a informação de que no dia da consulta deverá trazer a “sacola de medicamentos”, que corresponde a todos os medicamentos que utiliza, seja alopáticos, fitoterápicos, homeopáticos, magistrais e outros.
- Na primeira consulta e na consulta de retorno deverão ser repassadas as orientações de trazer todos os exames clínicos e os receituários médicos prescritos mais recentes.

- Se primeira consulta iniciar preenchimento do formulário F 02, que ficará de posse do paciente. Nas consultas de retorno esse preenchimento poderá ocorrer durante a consulta.

- Proceder com a guarda da agenda.

7.2.6 OBSERVAÇÕES:

- Enfatizar a importância de trazer para a consulta a “sacola de medicamentos”, os exames clínicos e receituários médicos mais recentes. Bem como, a importância de o paciente estar acompanhado do formulário F 02 em todas as consultas.

- A Agenda para marcação da consulta deverá estar de fácil acesso para os profissionais que executarão o agendamento.

7.3 CONSULTA FARMACÊUTICA

7.3.1 OBJETIVO: Iniciar a consulta farmacêutica.

7.3.2 RESPONSABILIDADE: Farmacêuticos do atendimento clínico.

7.3.3 DEFINIÇÃO: Apresentação da consulta farmacêutica de maneira geral, bem como dos profissionais da equipe que estão envolvidos na condução da consulta. É nessa etapa que se inicia a construção de um elo de confiança entre a equipe e o paciente.

7.3.4 MATERIAIS: Não aplicável

7.3.5 PROCEDIMENTO:

- Cumprimentar cordialmente o paciente e apresentar-se.

- Apresentar a equipe que acompanhará a consulta.

- Apresentar o propósito e o funcionamento da consulta.

- Solicitar ao paciente que exponha de forma breve suas preocupações, expectativas e necessidades.

- Negociar o planejamento da consulta e o tempo estimado de duração.
- Antecipar brevemente as etapas a serem executadas com o paciente.
- Caso haja necessidade de usar dados coletados ao decorrer da consulta para fins de estudos e pesquisas acadêmicas, o paciente deverá ser informado e a autorização deverá ser formalizada por meio documental.

7.3.6 OBSERVAÇÕES:

- Caso haja a necessidade de realizar gravação de áudios e/ou vídeos e registro de fotos durante a consulta, solicitar inicialmente a permissão do paciente. Explicando de forma clara a finalidade de tais atos.
- Caso haja interesse em utilizar os dados coletados do paciente para pesquisas acadêmicas e científicas, este deverá ser formalmente convidado por meio de assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido, cujo modelo documental poderá ser de escolha do farmacêutico.

7.4 COLETA E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

7.4.1 OBJETIVO: Conhecer e coletar dados do perfil do paciente, história social, história familiar e história médica do paciente.

7.4.2 RESPONSABILIDADE: Farmacêuticos da prática clínica.

7.4.3 DEFINIÇÃO: Realiza-se a construção do perfil biossocial do paciente. O perfil do paciente inclui o nome completo, idade, escolaridade, ocupação e limitações existentes; A história social do paciente inclui os hábitos alimentares, atividades físicas e de lazer praticadas; E a história médica consiste na avaliação das condições de saúde (monitoramento das condições de saúde e dos desfechos clínicos), nos problemas de saúde do paciente (problemas e/ou queixas de saúde, exames e diagnósticos) e na análise situacional (Estado clínico atual, avaliação da percepção geral da saúde e da qualidade de vida).

7.4.4 MATERIAIS:

- Formulário (F 03) – Prontuário ou o (F 04) – Consulta de Retorno

- Formulário (F 04) – Cartão Controle de Saúde

- Formulários auxiliares: (F 05) – Monitoramento das condições de saúde; (F 06) – Instrumento para avaliação da Ansiedade; (F 07) – Instrumento para avaliação da Depressão; (F 08) – Escala visual analógica da dor; (F 09) – Avaliação da Percepção geral da saúde e Qualidade de Vida.

- Aparelhos, dispositivos e acessórios, conforme necessidade, para medição de pressão arterial, glicemia capilar e temperatura corporal; Balança, fita métrica e calculadora.

7.4.5 PROCEDIMENTO:

- Se primeira consulta, deverá ser iniciado o preenchimento do formulário F 03. Iniciar o preenchimento pelo campo “perfil do paciente”.

- Se consulta de retorno, deverá ser iniciado o preenchimento do formulário F 04. Iniciar pelos campos “Unidade de saúde”, “Nome, data e nº CNS” e pelo campo “resultado das intervenções anteriores”.

- No campo “resultado das intervenções anteriores” no formulário F 04, deverá ser registrado mudanças no comportamento e adesão ao tratamento, alterações nas farmacoterapias, resultados de novos exames realizados e novas consultas realizadas com outros profissionais de saúde.

- Coletar dados conforme a ordem descrita nos formulários F 03 ou F 04, para compor a história social e familiar.

- Iniciar a História médica solicitando todos os exames clínicos e receituários ou prescrições médicas mais recentes.

- Consultar o formulário F 05 para definir a necessidade de monitoramento das condições de saúde e dos desfechos clínicos a serem observados. Se necessário, aplicar os formulários F 06, F 07, F 08 e registrar resultados no campo “Problemas de saúde/Queixa” nos formulários F 03 ou F 04.

- Coletar e registrar no campo “Problemas de saúde/Queixa” dados referentes à exames laboratoriais e de imagem (com data), sinais e sintomas

relatados pelo paciente e a história de infecções oportunistas ou outras comorbidades, quando houver queixas (Com Tempo/início, frequência e duração, Localização, Característica, Gravidade, Ambiente, Fatores que agravam ou que aliviam, Sintomas associados).

- Iniciar a análise situacional pela avaliação do estado clínico atual.
- Realizar os serviços farmacêuticos, conforme necessidade do paciente e à critério do farmacêutico.
- Poderão ser realizados serviços como aferição de pressão arterial e/ou glicemia capilar, verificação de temperatura, avaliação de peso, altura e índice de massa corpórea ou outro parâmetro clínico definido pelo farmacêutico.
- Registrar os resultados do monitoramento clínico nos seus respectivos campos nos formulários F 03 e/ou F 04.
- Avaliar a Percepção geral da saúde e a Qualidade de vida aplicando o formulário F 09. Registrar os resultados nos respectivos campos no formulário F 03 ou F 04.

7.4.6 OBSERVAÇÕES:

- Caso o paciente esqueça de trazer os exames e as prescrições médicas mais recentes, solicitar ao mesmo que traga na próxima consulta. Reiterando a importância de trazê-los para que se realize o correto acompanhamento clínico.
- O uso dos formulários auxiliares fica a critério exclusivo do farmacêutico.
- Sempre informar ao paciente quais os serviços farmacêuticos a serem executados e como procederá a avaliação para que se tenha ciência.
- Atentar para a necessidade de higienização correta das mãos, do uso de equipamentos de proteção individual e do descarte correto dos resíduos biológicos que poderão ser gerados nesta etapa.
- Registrar os dados dos serviços farmacêuticos executados no formulário F 02 para que o mesmo tenha posse de tais avaliações e este possa ser utilizado

como declaração dos serviços farmacêuticos prestados, para o acompanhamento por outros profissionais de saúde.

- O farmacêutico poderá realizar cópias dos exames e prescrições médicas para manter em anexo junto aos registros e formulários do paciente para o arquivamento.

7.5 IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS

7.5.1 OBJETIVO: Identificar problemas relacionados às farmacoterapias e a adesão ao tratamento.

7.5.2 RESPONSABILIDADE: Farmacêuticos da prática clínica.

7.5.3 DEFINIÇÃO: Coletar dados para identificar problemas relacionados às farmacoterapias e as barreiras de não-adesão terapêutica. Inicia-se pela construção da história farmacoterapêutica que consiste em dados da farmacoterapia atual, terapias alternativas, existência de alergias, rastreamento de reações adversas, dificuldades no uso dos medicamentos e no acesso aos medicamentos; seguido da identificação dos problemas relacionados à capacidade de gestão dos medicamentos e à adesão ao tratamento (Identificar barreiras de não-adesão e avaliar atitudes, crenças e comportamentos diante do tratamento). Faz-se a avaliação dos problemas relacionados aos medicamentos conforme itens de problemas relacionados à seleção e prescrição, administração e adesão, qualidade, dispensação ou manipulação, discrepância entre os níveis de saúde, monitorização, tratamento não efetivo, reação adversa ao medicamento e intoxicação por medicamentos.

7.5.4 MATERIAIS:

- Formulário (F 03) – Prontuário ou F 04 – Consulta de Retorno

- Formulários auxiliares: (F 10) – MEDTAKE Capacidade de gestão dos medicamentos; (F 11) – Avaliação da adesão em relação às atitudes, crenças e comportamento diante do tratamento

7.5.5 PROCEDIMENTO:

- Solicitar a “Sacola de medicamentos” contendo todos os medicamentos que o paciente utiliza.

- Iniciar o preenchimento do campo “Farmacoterapia atual” no formulário F 03 ou F 04.

- Avaliar e registrar para cada medicamento as informações de nome, posologia prescrita e usada, tempo de uso, prescritor e como o paciente entende o funcionamento do mesmo.

- Avaliar e registrar no campo “terapias complementares utilizadas” todas as terapias tradicionais e complementares.

- Identificar a existência de alergias por meio de perguntas diretas.

- Realizar o rastreamento das reações adversas por meio de perguntas diretas, conforme descrito no campo “Rastreamento de reações adversas” no formulário F 03 ou F 04.

- Avaliar as dificuldades de uso e de acesso aos medicamentos por meio de perguntas diretas conforme descrito nos campos “Dificuldades de uso dos medicamentos” e “Acesso dos medicamentos” no formulário F 03 ou F 04.

- Avaliar a capacidade de gestão dos medicamentos e o armazenamento deles.

- Em caso de o paciente ter limitações de autonomia da gestão dos medicamentos aplicar o formulário F 10 ao cuidador e registrar o resultado do teste no respectivo campo no formulário F 03 ou F 04.

- Avaliar a adesão ao tratamento por meio de perguntas diretas conforme descrito no campo “Adesão ao tratamento” no formulário F 03 ou F 04.

- Avaliar a influência das atitudes, crenças e comportamento na adesão ao tratamento, por meio da aplicação do formulário F 11. Registrar os resultados dos testes nos respectivos campos no formulário F 03 ou F 04.

- Avaliar problemas relacionados aos medicamentos conforme itens descritos no campo “Identificação de problemas relacionados à farmacoterapia” no formulário F 03 ou do campo “Identificação de novos problemas relacionados à farmacoterapia” no formulário F 04.

- Deve-se marcar os itens selecionados e registrar o medicamento a que se refere.

- Caso não seja identificado nenhum problema relacionado à farmacoterapia neste momento, marque o respectivo campo.

7.5.6 OBSERVAÇÕES:

- Caso o paciente esqueça de trazer a “sacola de medicamentos”, solicitar ao mesmo que traga na próxima consulta. Reiterando a importância de trazê-la para que se realize corretamente a avaliação farmacoterapêutica.

- Os itens a serem avaliados no campo “Identificação de problemas relacionados à farmacoterapia” no formulário F 03 ou no campo “Identificação de novos problemas relacionados à farmacoterapia” no formulário F 04, não necessitam de perguntas diretas ao paciente para preenchimento. O Farmacêutico tem o preenchimento exclusivo deste campo. Estes dados poderão ser utilizados na etapa posterior de seguimento individual.

- O uso dos formulários auxiliares fica a critério exclusivo do farmacêutico.

- Avaliar a necessidade de orientação e explicações adicionais acerca da guarda domiciliar e do uso dos medicamentos que são utilizados pelo paciente, para que não haja dúvidas em relação à estas questões.

7.6 INTERVENÇÕES FARMACÊUTICAS E PLANO DE CUIDADO

7.6.1 OBJETIVO: Realizar as intervenções farmacêuticas necessárias, elaborar o plano com metas terapêuticas e finalizar a consulta.

7.6.2 RESPONSABILIDADE: Farmacêuticos do serviço clínico.

7.6.3 DEFINIÇÃO: Realiza-se as intervenções farmacêuticas necessárias, como aconselhamento ou informações ao paciente, sugestão de alterações nas terapias, monitoramento, provisão de materiais, encaminhamento a outros profissionais e prescrição farmacêutica. Também é o momento de pactuar ações e metas terapêuticas em conjunto com o paciente, definindo cada meta e o período para o alcance das mesmas, para se construir um plano de cuidado.

7.6.4 MATERIAIS:

- Formulário (F 03) – Prontuário ou F 04 – Consulta de Retorno
- Formulário: (F 03) – Agenda da Consulta Farmacêutica
- Formulário (F 04) – Cartão Controle de Saúde
- Formulários auxiliares: (F 12) –Encaminhamento; (F 13) – Prescrição Farmacêutica; (F 14) – Automonitoramento da pressão Arterial; (F 15) – Monitoramento Residencial da Pressão Arterial; (F 16) – Automonitoramento Glicêmico; (F 17) – Calendário Posológico.

7.6.5 PROCEDIMENTO:

- Avaliar as intervenções farmacêuticas necessárias a serem realizadas, conforme itens descritos no campo “Intervenções Farmacêuticas” no formulário F 03 ou no campo “Novas Intervenções Farmacêuticas” no formulário F 04.
- Pode-se marcar os itens relacionados ao aconselhamento ou informações, sugestão de alterações nas terapias, monitoramento, provisão de materiais, encaminhamento a outros profissionais e prescrição farmacêutica e caso necessário registrar alguma observação pertinente.
- Caso nenhuma intervenção realizada no momento marque o respectivo campo.
- A necessidade de uso dos formulários auxiliares fica a critério do farmacêutico conforme intervenção a ser realizada.

- Pactuar as metas terapêuticas junto ao paciente. Definir e registrar no campo “Metas terapêuticas” no formulário F 03 ou no campo “Novas Metas Terapêuticas” no formulário F 04. Essas metas deverão incluir as ações, objetivos clínicos e o período estimado para o alcance das mesmas.

- Verificar o entendimento do paciente e sua habilidade em seguir o plano de cuidado elaborado.

- Se possível, solicitar ao mesmo que repita da forma como compreendeu as metas pactuadas.

- Explicar ao paciente o que fazer caso tenha dificuldades em seguir o plano e como entrar em contato para maiores esclarecimentos.

- Avaliar se o paciente deseja e/ou necessita de informações ou explicações adicionais.

- Registrar no campo “Agendamento e Finalização” do formulário F 03 ou F 04, a data do agendamento do retorno, o tempo de duração da consulta, a rubrica e assinatura ou carimbo do farmacêutico.

- Realizar o agendamento da consulta de retorno conforme disponibilidade de horários. A periodicidade das consultas fica a critério do farmacêutico.

- Realizar o preenchimento do formulário F 01 para o agendamento do retorno.

- Realizar o preenchimento da data e hora da consulta de retorno no formulário F 02.

- Finalizar a consulta e despedir-se cordialmente do paciente.

- Proceder com a guarda dos formulários utilizados para cada paciente.

- A guarda dos formulários preenchidos em cada consulta e de cópias (se realizadas) dos exames e/ou prescrições médicas deverão ser realizadas de forma individualizada e exclusiva para cada paciente.

- O arquivamento dos registros dos pacientes deverá ser feito em pastas, caixas ou qualquer unidade de arquivamento, desde que seja de modo organizado e utilizando, preferencialmente, o método alfabético. Deve-se ter um local específico para este fim.

7.6.6 OBSERVAÇÕES:

- Os itens a serem avaliados e marcados no campo “Intervenções Farmacêuticas” no formulário F 03 ou no campo “Novas Intervenções Farmacêuticas” no formulário F 04, não necessitam de perguntas diretas ao paciente para preenchimento. O farmacêutico tem o preenchimento exclusivo destes campos.

- Todas as intervenções farmacêuticas a serem realizadas, bem como o uso dos formulários auxiliares, é de decisão exclusiva do farmacêutico, que poderá ser conforme as necessidades avaliadas para cada paciente.

- O farmacêutico sempre deve certificar-se da compreensão e compromisso do paciente para o cumprimento do plano de cuidado pactuado.

- A periodicidade da realização das consultas farmacêuticas é de decisão exclusiva do farmacêutico, que poderá ser definida conforme a avaliação clínica e o progresso do paciente na etapa posterior de seguimento individual.

- O arquivamento e uso dos formulários é individualizado, ou seja, único para cada paciente.

- É de suma importância ter um espaço reservado, seguro e devidamente identificado para o arquivamento dos formulários preenchidos dos pacientes, bem como para os formulários em branco a serem utilizados e para os dispositivos de monitoramento clínico disponíveis e de uso da consulta farmacêutica

7.7 SEGUIMENTO INDIVIDUAL

7.7.1 OBJETIVO: Avaliar individualmente o resultado e o progresso obtido pelo paciente conforme acompanhamento farmacêutico.

7.7.2 RESPONSABILIDADE: Farmacêuticos da prática clínica.

7.7.3 DEFINIÇÃO: Necessita ser realizada durante a consulta farmacêutica, pode ocorrer em um momento posterior. O seguimento individual objetiva o aprofundamento do caso clínico do paciente e o levantamento dos registros da consulta de retorno. Busca-se avaliar se houve mudanças nas intervenções farmacêuticas, no comportamento e adesão ao tratamento, alterações na farmacoterapia e nos achados clínicos e se tais itens auxiliaram para o alcance das metas terapêuticas do paciente. Para este seguimento poderá ser realizado o aprofundamento científico do caso clínico do paciente para se avaliar a efetividade das intervenções, das metas terapêuticas pactuadas, o alcance positivo e o progresso clínico do paciente.

7.7.4 MATERIAIS:

- Todos os formulários preenchidos e registros arquivados ao longo das consultas cada paciente.

7.7.5 PROCEDIMENTO:

- Coletar os formulários preenchidos por um determinado tempo. O intervalo de tempo a ser avaliado fica a critério exclusivo do farmacêutico.

- Realizar o levantamento de dados referentes às intervenções farmacêuticas realizadas.

- Realizar o levantamento de dados referentes a mudanças no comportamento e adesão ao tratamento, alterações nas farmacoterapias, resultados de novos exames realizados e novas consultas com outros profissionais de saúde realizadas.

- Realizar o levantamento das metas terapêuticas definidas e das alcançadas.

- Realizar uma avaliação criteriosa.

- As hipóteses, sugestões e avaliações pertinentes realizadas pelo farmacêutico poderão ser registradas em folha separada, simples e em branco, que posteriormente deverão ser anexadas aos registros dos paciente para arquivamento.

- Avaliar se os resultados gerados nesta etapa corroboram para a adoção correta das medidas terapêuticas definidas para o paciente ou se necessitam de mudanças e/ou de novas metas terapêuticas.

- Definir a periodicidade das consultas conforme progresso clínico avaliado para o paciente.

7.7.6 OBSERVAÇÕES:

- A periodicidade de execução desta etapa é de decisão exclusiva do farmacêutico.

- A avaliação e tomadas de decisões acerca do caso clínico poderá ser feita de forma individual pelo farmacêutico, ou por meio de reuniões programadas e discussão clínica outros profissionais de saúde.

- Para o aprofundamento do caso clínico poderão ser utilizados dados da literatura científica, como protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas, artigos, ferramentas e outras publicações científicas.

- Os dados levantados nesta etapa poderão ser de grande importância para alterações das intervenções, metas clínicas e para o desenvolvimento de estudos científicos.

REFERÊNCIAS

ABEBE, T.; ERKU, D.; GEBRESILLASSIE, B.; HAILE, K.; MEKURIA, A. Expectation and satisfaction of HIV/AIDS patients toward the pharmaceutical care provided at Gondar university referral hospital, northwestern Ethiopia: A cross-sectional study. *Patient Preference and Adherence*. 2016;10:2073-2082. DOI 10.2147/PPA.S114720

ABRÃO, F. M. S.; et al. Características Estruturais e Organizacionais de Serviços de Assistência Especializada em Hiv/Aids na Cidade de Recife, Brasil. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, Bahia, v. 38, n. 1, p.140-154, mar. 2014.

ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (orgs); Política nacional do idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

ÁLVAREZ BARRENECHE, M. F. et al. Hospitalization causes and outcomes in HIV patients in the late antiretroviral era in Colombia. *AIDS Research and Therapy*, v. 14, n. 1, p. 60, 2017.

ANGELO, F. A. A Importância do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Revista Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, RJ, ed. 19, 2016.

ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3603-14, 2010.

APPOLLONI, L. et al. Integration among hospital pharmacist and infectious diseases physicians in the outpatient management of HIV infection. *Le Infezioni in Medicina*.V.22, n.1, p. 19-25, 2014.

BENZAKEN, A. As conquistas e desafios no enfrentamento ao HIV/Aids no Brasil (Painel). 15ª Expoepi: 27 de junho de 2017. Brasília. Distrito Federal. Publicado em 30 de junho de 2017. Disponível em: <http://www.Aids.gov.br/pt-br/noticias/conquistas-e-desafios-no-enfrentamento-ao-hivAids-no-brasil>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde – Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 1. Brasília, Ministério da Saúde 2014.

BRASIL. Congresso. Senado. 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.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo de Assistência Farmacêutica em

DST/HIV/Aids: Recomendações do Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, editor. Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil : coletânea de estudos do Projeto Atar : Projeto Atar Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, Aids e Hepatites Virais. Nota Informativa nº 03/2018, de 10 de abril de 2018. Apresenta as recomendações de substituição (switch) de esquemas de terapia antirretroviral contendo ITRNN ou IP/r por dolutegravir, para pessoas vivendo com HIV com supressão viral maiores de 12 anos de idade. 2018. Brasília. Distrito Federal.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. 2018. Brasília. Distrito Federal.

BRASÍLIA. Adele Benzaken. Governo Federal. História da AIDS. 2016.

BONOLO, P. F.; GOMES, R. R. F. M. & GUIMARÃES, M. D. C. Adesão à terapia antirretroviral (HIV/AIDS): fatores associados e medidas da adesão. Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.

CASAGRANDE, B. J. O farmacêutico clínico e o cuidado de pacientes HIV+ no ambiente hospitalar. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina: Mestrado Profissional em Farmacologia. Florianópolis. 2019.

CASTAGNA A, MAGGIOLO F, PENCO G, et al. Dolutegravir in antiretroviral-experienced patients with raltegravir- and/or elvitegravir-resistant HIV-1: 24-week results of the phase III VIKING-3 study. *J Infect Dis.* 2014;210(3):354–362. doi:10.1093/infdis/jiu051.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução no 585, de 29 de agosto de 34 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, Poder Executivo; 2013. Seção 1, p. 186 p.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Serviços farmacêuticos diretamente relacionados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual / Conselho Federal de Farmácia – Brasília: Conselho Federal de Farmácia – CFF, 2016.

COOKE CE, LEE HY, XING S. Adherence to antiretroviral therapy in managed care members in the United States: a retrospective claims analysis. *J Manag Care Pharm.* 2014;20(1):86–92. doi:10.18553/jmcp.2014.20.1.86.

DILWORTH, T.; KLEIN, P.; MERCIER, R.; BORREGO, M.; JAKEMAN, B.; PINKERTON, S. Clinical and economic effects of a pharmacist-administered antiretroviral therapy adherence clinic for patients living with HIV. *Journal of*

Managed Care and Specialty Pharmacy. 2018;24(2):165-172. DOI 10.18553/jmcp.2018.24.2.165

DOMINGUES, E.; FERRIT-MARTÍN, M.; CALLEJA-HERNÁNDEZ, M. Impact of pharmaceutical care on cardiovascular risk among older HIV patients on antiretroviral therapy. *International Journal of Clinical Pharmacy*. 2017;39(1):52-60. DOI 10.1007/s11096-016-0387-1

DUNCOMBE, C. B. A.; PASSARELLI, C.; HIRNSCHALL, G. *Treatment 2.0: catalyzing the next phase of treatment, care and support*. 2013.

DURAND M, SHEEHY O, BARIL J-G, LELORIER J, TREMBLAY CL. Association between HIV infection, antiretroviral therapy, and risk of acute myocardial infarction: a cohort and nested case-control study using Quebec's public health insurance database. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011;57(3):245–253. doi:10.1097/ QAI.0b013e31821d33a5.

ERON JJ, COOPER DA, STEIGBIGEL RT, et al. Efficacy and safety of raltegravir for treatment of HIV for 5 years in the BENCHMRK studies: final results of two randomised, placebo-controlled trials. *Lancet Infect Dis*. 2013;13(7):587–596. doi:10.1016/S1473-3099(13)70093-8.

ESCOVITZ, A.; PATHAK D. S. *Health outcomes and pharmaceutical care. Measurement, applications and initiatives*. New York: Pharmaceutical Products Press, 1997. 227 p.

FORD, N. et al. Causes of hospital admission among people living with HIV worldwide: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet HIV*, 2015a.

GARCIA-CARDENAS, V. et al. The complexity of implementation factors in professional pharmacy services. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, v. 14, n. 5, p. 498-500, 2018.

GARCIA-CARDENAS, V.; ROSSING, C.; BENRIMOJ, S.I C. *Pharmaceutical Care and Implementation Strategies*. In: *The Pharmacist Guide to Implementing Pharmaceutical Care*. Springer, Cham, p. 203-212, 2019.

GARRIDO C, VILLACIAN J, ZAHONERO N, et al. Broad phenotypic cross-resistance to elvitegravir in HIV-infected patients failing on raltegravir-containing regimens. *Antimicrob Agents Chemother*. 2012;56(6):2873–2878. doi:10.1128/AAC.06170-11.

GASTELURRUTIA, M. A. et al. Barriers and facilitators to the dissemination and implementation of cognitive services in Spanish community pharmacies. *Seguimiento Farmacoterapeutico.*, v. 3, n.2, p. 65-77, 2005.

GERVASONI C, MERAVIDGLIA P, LANDONIO S, et al. Low body weight in females is a risk factor for increased tenofovir exposure and drug-related adverse events. *PLoS One*. 2013;8(12):e80242. doi:10.1371/journal.pone.0080242.

GOLUB JE, COHN S, SARACENI V, et al. Long-term protection from isoniazid preventive therapy for tuberculosis in HIV-infected patients in a mediumburden

tuberculosis setting: the TB/HIV in Rio (THRio) study. *Clin Infect Dis*. 2015;60(4):639–645. doi:10.1093/cid/ciu849.

GONCALVES PH, MONTEZUMA-RUSCA JM, YARCHOAN R, ULDRICK TS. Cancer prevention in HIV-infected populations. *Semin Oncol*. 2016;43(1):173–188. doi:10.1053/j.seminoncol.2015.09.011.

HALL AM, HENDRY BM, NITSCH D, CONNOLLY JO. Tenofovir-associated kidney toxicity in HIV-infected patients: a review of the evidence. *Am J Kidney Dis*. 2011;57(5):773–780. doi:10.1053/j.ajkd.2011.01.022.

HIGGINS, J. P. T.; GREEN, S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Volume 4 de Wiley Cochrane Series. 2011. John Wiley & Sons. ISBN 1119964792, 9781119964797. 672 p

HOFFMANN C, ROCKSTROH JK. HIV 2015/2016. Hamburg: Medizin Fokus Verlag; 2015.

HOSSEINI, Z.; EFTKHAR, H.; NEDJAT, S.; et al. Adherence to HIV/AIDS antiretroviral therapy among drug users: a qualitative study in Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2016;21:29-37.

JEANG, K., World AIDS Day 2007: AIDS at 26, are we there yet? *Retrovirology*, v. 4, 2007.

LAROQUE, M. F.; AFFELDT, A. B.; CARDOSO, D. H.; SOUZA, G. L.; SANTANA, M. G.; LANGE, C. Sexualidade do idoso: comportamento para a prevenção de DST/AIDS. *Ver Gaúcha Enferm.*, v. 32, n. 4, p.774-80, 2011.

LIMA, V. D. et al. Initiation of antiretroviral therapy at high CD4 cell count is associated with positive treatment outcomes. Wolters Kluwer. DOI: 10.1097/QAD.0000000000000790. *AIDS*, 2015.

MACHUCA, M.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, F.; FAUS, M. J. Método Dáder: Manual de Acompanhamento Farmacoterapêutico. Granada: GIAF-UGR, 2003.

MARIN N, LUIZA VL, OSORIO-DE-CASTRO CGS, MACHADO-DOS-SANTOS S. Assistência farmacêutica para gerentes municipais; The basic pharmaceutical care for municipal managers. 2003.

MINAS GERAIS (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Assistência Farmacêutica. Guia do cuidado farmacêutico: Rede Farmácia de Minas: uma estratégia para promover o uso racional de medicamentos e a farmacovigilância no SUS. Belo Horizonte: SES-MG, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.

MOLINO, C.; CARNEVALE, R.; RODRIGUES, A.; MORIEL, P.; MAZZOLA, P. HIV pharmaceutical care in primary healthcare: Improvement in CD4 count and

reduction in drug-related problems. Saudi Pharmaceutical Journal. 2017;25(5):724-733. DOI 10.1016/j.jsps.2016.11.004

MORIEL, P. et al. Efeitos das Intervenções Farmacêuticas em Pacientes com HIV Positivo: Influência nos Problemas Farmacoterapêuticos, Parâmetros Clínicos e Economia. Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde. v. 2, n.3, 2011.

MORILLO-VERDUGO, R.; MARTÍNEZ-SESMERO, J. M.; LÁZARO-LÓPEZ, A.; SÁNCHEZ-RUBIO, J.; NAVARRO-AZNÁREZ, H.; DEMIGUEL-CASCÓN, M. Development of a risk stratification model for pharmaceutical care in HIV patients. Farm Hosp. 2017 1;41(3):346-356.doi: 10.7399/ fh.2017.41.3.10655.

MORILLO-VERDUGO, R. M.; ROBUSTILLO-CORTÉS, A.; GARCÍA, M.; ALMEIDA-GONZÁLEZ, C. Influence of pharmacist intervention, based on CMO model, to improve activation in HIV patients. Journal of Managed Care and Specialty Pharmacy. 2018;24(2):165-172. DOI 10.18553/jmcp.2018.24.2.165

MORILLO-VERDUGO, R.; ROBUSTILLO-CORTÉS, M.; MARTÍN-CONDE, M.; CALLEJÓN-CALLEJÓN, G.; CID-SILVA, P.; MORIEL-SÁNCHEZ, C.; TORTAJADA-GOITIA, B.; ALMEIDA-GONZÁLEZ, C. Effect of a Structured Pharmaceutical Care Intervention Versus Usual Care on Cardiovascular Risk in HIV Patients on Antiretroviral Therapy: INFAMERICA Study. Annals of Pharmacotherapy. 2018;52(11):1098-1108. DOI 10.1177/1060028018778045

MORISKY, D.E.; GREEN, L.W.; LEVINE, D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Medical Care, v. 24, n. 1,1986.

MORISKY, D. E. et al. Health education program effects on the management of hypertension in the elderly. Arch Intern Med. v.142, n.10, 1982.

MOULLIN, J. C.; SABATER-HERNÁNDEZ, D.; BENRIMOJ, S. Model for the evaluation of implementation programs and professional pharmacy services. Res Social Adm Pharm., v. 12, n.3, p.515-22, 2016

NACHEGA JB, PARIENTI J-J, UTHMAN OA, et al. Lower pill burden and once-daily antiretroviral treatment regimens for HIV infection: A meta-analysis of randomized controlled trials. Clin Infect Dis. 2014;58(9):1297–1307. doi:10.1093/cid/ciu046.

NUNES, Altacílio Aparecido et al. Análise do Perfil de Pacientes com HIV/Aids Hospitalizados Após Introdução da Terapia Antirretroviral (HAART). Ciência & Saúde Coletiva, [s.l.], v. 20, n. 10, 2015.

OPAS. Relatório da Oficina de Trabalho ATENÇÃO FARMACÊUTICA NO BRASIL, Fortaleza, 2001.

Ortego C, Huedo-Medina TB, Llorca J, Sevilla L, Santos P, Rodríguez E, et al. Adherence to highly active antiretroviral therapy (HAART): a meta-analysis. AIDS Behav. 2011.

PAULINO, E. et al. The impact of pharmacy services on health related quality of life. In: : International Journal of Clinical Pharmacy., Van godewijkstraat 30, 3311 gz dordrecht, netherlands: springer, p. 506-506. 2018

PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. Cuidado: as fronteiras da integralidade. 3.ed. Hucitec/IMS/Uerj-Abrasco. 2005.

PIRES, A. F., et al. Brazilian network for HIV Drug Resistance Surveillance (HIVBresNet) of naive-treatment individuals: a cross sectional study] 9th IAS Conference on HIV Science (IAS 2017).

POTTES, F. A.; BRITO, A. M.; GOUVEIA, G. C.; ARAÚJO, E. C.; CARNEIRO, R. M. Aids e envelhecimento: características dos casos com idade igual ou maiores que 50 anos em Pernambuco, de 1990 a 2000. Rev. Bras. Epidemiol, v. 10, n. 3, p. 338-51, 2007.

PRIMO, L. P, Gestão do cuidado em HIV/AIDS: impacto da atuação do farmacêutico clínico na adesão à terapia antiretroviral (TARV). Ribeirão Preto, 2015.

PRUST, M. L.; BANDA, C. K.; CALLAHAN, K.; NYIRENDA, R.; CHIMBWANDIRA, F.; KALUA, T.; ELIYA, M.; EHRENKRANZ, P.; PRESCOTT, M.; MCCARTHY, E.; TAGAR, E.; GUNDA, A. Patient and health worker experiences of differentiated models of care for stable HIV patients in Malawi: a qualitative study. PLoS One. 2018 Jul 19;13(7):e0196498. doi: 10.1371/journal.pone.0196498. eCollection 2018.

POLEJACK, L., SEIDL, E. M. F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 1), 2010.

RAEHL, C. L. et al. individualized drug assessment in the elderly. Pharmacotherapy, v.22 n.10, 2002.

RAJESH, V.; JOHANNA, C.; BRIAN, G. A. Relationship between adherence and health-related quality of life among HIV-patients in South Africa: findings and implications. Journal of AIDS and HIV Research. 2018;10(8):121-132 DOI 10.5897/jahr2018.0478.

RAMJAN R, CALMY A, VITORIA M, et al. Systematic review and meta-analysis: Patient and programme impact of fixed-dose combination antiretroviral therapy. Trop Med Int Health. 2014;19(5):501–513. doi:10.1111/tmi.12297.

RAWIZZA HE, CHAPLIN B, MELONI ST, et al. Immunologic Criteria Are Poor Predictors of Virologic Outcome: Implications for HIV Treatment Monitoring in Resource-Limited Settings. Clin Infect Dis. 2011;53(12):1283–1290. <http://www.jstor.org/stable/41328454>.

ROBERTS, A.S. et al. Understanding practice change in community pharmacy: a qualitative research instrument based on organisational theory. Pharm World Sci., v.25, n.5, p.227–34, 2003.

ROCKSTROH JK, DEJESUS E, LENNOX JL, et al. Durable efficacy and safety of raltegravir versus efavirenz when combined with tenofovir/emtricitabine in treatment-naïve HIV-1-infected patients: final 5-year results from STARTMRK. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2013;63(1):77–85. doi:10.1097/QAI.0b013e31828ace69.

ROMEU, Geysa Aguiar et al. Avaliação da Adesão a Terapia Antirretroviral de Pacientes Portadores de HIV. *Revista Brasileira Farm Hosp Serv Saúde.*, São Paulo, v. 3, n. 1, 2012.

ROTTA, I. et al. Effectiveness of clinical pharmacy services: an overview of systematic reviews (2000–2010). *International Journal of Clinical Pharmacy.*, v. 37, n. 5, p. 687–697, 2015.

SABERI, P. et al. The impact of HIV clinical pharmacist on HIV treatment outcomes: a systematic review. *Patient Preference and Adherence.* V.6 N.1, 2012.

SAX PE, TIERNEY C, COLLIER AC, et al. Abacavir/lamivudine versus tenofovir DF/ emtricitabine as part of combination regimens for initial treatment of HIV: final results. *J Infect Dis.* 2011;204(8):1191–1201. doi:10.1093/infdis/jir505.

SCOTT SUTTON S, MAGAGNOLI J, HARDIN JW. Impact of Pill Burden on Adherence, Risk of Hospitalization, and Viral Suppression in Patients with HIV Infection and AIDS Receiving Antiretroviral Therapy. *Pharmacotherapy.* 2016;36(4):385–401. doi:10.1002/phar.1728.

SIGALOFF KCE, HAMERS RL, WALLIS CL, et al. Unnecessary Antiretroviral Treatment Switches and Accumulation of HIV Resistance Mutations; Two Arguments for Viral Load Monitoring in Africa. *JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr.* 2011;58(1). http://journals.lww.com/jaids/Fulltext/2011/09010/Unnecessary_Antiretroviral_Treatment_Switches_and.4.aspx.

SILVA, José Adriano Góes et al. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 31, n. 6, 2015.

SIMONI, J. M. et al. Antiretroviral adherence interventions: a review of current literature and ongoing studies. *International Aids Society-USA, Topics in HIV Medicine.* V. 11, n. 6, p. 185-198, 2003.

SNEDECOR SJ, KHACHATRYAN A, NEDROW K, et al. The prevalence of transmitted resistance to first-generation non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors and its potential economic impact in HIV-infected patients. *PLoS One.* 2013;8(8):e72784. doi:10.1371/journal.pone.0072784.

SONG I, BORLAND J, ARYA N, WYNNE B, PISCITELLI S. Pharmacokinetics of dolutegravir when administered with mineral supplements in healthy adult subjects. *J Clin Pharmacol.* 2015;55(5):490–496. doi:10.1002/jcph.439.

SURUR, A.; TENI, F.; WALE, W.; AYALEW, Y.; TESFAYE, B. Short-term effectiveness of a community health worker intervention for HIV-infected pregnant women in Tanzania to improve treatment adherence and retention in

care: A cluster-randomized trial. PLoS ONE. 2017;12(8). DOI 10.1371/journal.pone

SURUR, A.; TENI, F.; WALE, W.; AYALEW, Y.; TESFAYE, B. Health related quality of life of HIV/AIDS patients on highly active anti-retroviral therapy at a university referral hospital in Ethiopia. BMC Health Services Research. 2017;17(1). DOI 10.1186/s12913-017-2714-1

TALL, Y. R. A.; MUKATTASH, T. L.; SHEIKHA, H.; JARAB, A. S.; NUSAIR, M. B.; ABU-FARHA, R. K. An assessment of HIV patient's adherence to treatment and need for pharmaceutical care in Jordan. Int J Clin Pract. 2020;00:e13509. DOI 10.1111/ijcp.13509

TAVARES, A. P. S. B. Sistemática para Otimização da Adesão ao Tratamento Antirretroviral para Pacientes que Vivem com Hiv/Aids. Rev Sau Aer. 2020 Mar; 3(1):18-24

Thompson IR, Bidgood P, Petróczi A, Denholm-Price JCW, Fielder MD. An alternative methodology for the prediction of adherence to anti HIV treatment. AIDS Res Ther. 2009.

VIANNA, M. M. O.; RIBEIRO, M. C. S.; SOUZA, R. A.; BARBOSA, E.; SOUZA, K. V.; KALICHMAN, A. O.; et al. Manual de Boas Práticas em Adesão e Retenção de Usuários em Serviço Ambulatorial para PVHA. Projeto "Apoio a Clínica Ampliada, Gestão participativa e Adesão no CRT-DST/AIDS". Coordenação do Programa Estadual de IST/ AIDS-São Paulo, 2018.

WALMSLEY S, BAUMGARTEN A, BERENGUER J, et al. Brief Report: Dolutegravir Plus Abacavir/Lamivudine for the Treatment of HIV-1 Infection in Antiretroviral Therapy-Naive Patients: Week 96 and Week 144 Results From the SINGLE Randomized Clinical Trial. J Acquir Immune Defic Syndr. 2015;70(5):515–519. doi:10.1097/QAI.0000000000000790.

WHO | Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV. WHO. 2017. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/Ex-Summ-srhr-women-hiv/en/#.WUdnuV9ARBQ.mendeley. Acessado junho 19, 2017.

World Health Organisation. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach - 2nd ed. WHO Guidel. 2016;(June):480. <http://www.who.int/hiv/pub/arv/arv-2016/en/>.

WHO WHO. Global HIV/AIDS response: epidemic update and health sector progress towards universal access: progress report 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO medicines strategy: framework for action in essential drugs and medicines policy 2000–2003.

ANEXOS

ANEXO A: Eventos adversos associados aos ARV.

ARV	EFEITOS ADVERSOS DE RELEVÂNCIA CLÍNICA	FATORES DE RISCO	RECOMENDAÇÕES DE MANEJO ⁽⁴⁾
ABC	Reação de hipersensibilidade	Presença do alelo HLA-B*5701	Não usar se teste para HLA-B*5701 positivo. Avaliar substituição por TDF. Se TDF contraindicado, avaliar uso de AZT.
ATV/r	Anormalidades eletrocardiográficas (prolongamento do intervalo QRS e PR)	Pessoas com doença pré-existente do sistema de condução Uso concomitante de outros medicamentos que podem prolongar os intervalos PR ou QRS Síndrome do QT longo congênito	Usar com precaução em pessoas com doença pré-existente de condução ou que estejam tomando medicamentos concomitantes que possam prolongar os intervalos PR ou QRS.
	Hiperbilirrubinemia indireta (icterícia clínica)	Presença de alelo difosfato de uridina (UDP) - glucuronosiltransferase 1A1*28 (UGT1A1*28)	Fenômeno clinicamente benigno, mas potencialmente estigmatizante. A ocorrência de icterícia pode afetar a imagem e a autoestima da PVHIV, devendo, portanto, ser cuidadosamente avaliada, considerando-se a substituição do medicamento quando houver desconforto para o paciente.
	Nefrolitíase	História de nefrolitíase	Avaliar substituição por DRV/r ou LPV/r. Se os IP/r estiverem contraindicados e houver resistência documentada aos ITRNN (EFV e NVP), considerar a substituição por INI (INI deverão ser solicitados à Câmara Técnica, com justificativa de indicação)
AZT	Anemia e neutropenia grave	LT-CD4+ ≤ 200 cels./mm ³	Substituir se Hb <10,0g/dL e/ou neutrófilos <1.000 cels./mm ³ . Avaliar substituição por TDF ou ABC ⁽⁴⁾
	Acidose láctica ou hepatomegalia grave com esteatose	IMC >25 (ou peso corporal >75 kg)	
	Lipodistrofia Miopatia	Exposição prolongada a ITRN	
DTG	Insônia (<3%), cefaleia (<2%), náuseas e vômitos (<1%)		Se DTG tiver sido usado como esquema inicial preferencial ("primeira linha") e se houver intolerância/toxicidade, avaliar substituição por EFV ⁽⁴⁾ . Se contraindicação ao uso do EFV, avaliar substituição por ATV/r (se impossibilidade de ATV/r, avaliar DRV/r ou LPV/r)
	Reação de hipersensibilidade Hepatotoxicidade	Coinfecção hepatite B ou C Doença hepática	Quando utilizado como TARV de uso restrito ("terceira linha"), opções disponíveis limitadas – avaliar genotipagem Seu uso em MVHIV com possibilidade de engravidar deve ser associado a método contraceptivo eficaz, preferencialmente os que não dependam da adesão (DIU ou implantes anticoncepcionais)

Continua

Continuação ANEXO A

Continuação

ARV	EFEITOS ADVERSOS DE RELEVÂNCIA CLÍNICA	FATORES DE RISCO	RECOMENDAÇÕES DE MANEJO ⁽⁴⁾
DRV/r	Hepatotoxicidade	Doença hepática prévia Coinfecção HBV e/ou HCV Uso concomitante de medicamentos hepatotóxicos	Avaliar substituição por ATV/r. Se ATV/r contraindicado, avaliar LPV/r Quando utilizado como TARV de uso restrito ("terceira linha"), opções disponíveis limitadas – avaliar genotipagem
	Reações de hipersensibilidade e cutâneas graves	Alergia às sulfonamidas	Para reações de hipersensibilidade, substituir por outra classe terapêutica
EFV	Toxicidade persistente no SNC (tonturas, sonolência, insônias, sonhos vívidos, "sensação de embriaguez") ou sintomas mentais (ansiedade, depressão, confusão mental)	Depressão ou outro transtorno mental (anterior ou no início)	Orientar sobre tais eventos e informar que normalmente desaparecem ao final das primeiras semanas de tratamento Orientar tomada da medicação ao dormir. Avaliar substituição por NVP ou IP/r se persistirem os sintomas neurológicos.
	Convulsões	Histórico de convulsões	Os efeitos adversos neurológicos podem ser exacerbados com o uso concomitante de álcool. É necessário que abordar o uso recreativo de álcool e outras drogas, aconselhando o paciente para que o uso do medicamento não seja interrompido
	Hepatotoxicidade	Doença hepática prévia Coinfecção HBV e/ou HCV Uso concomitante de medicamentos hepatotóxicos	Se hepatotoxicidade grave, reações de hipersensibilidade ou intolerância/toxicidade, avaliar substituição por ATV/r (na impossibilidade de ATV/r, avaliar DRV/r)
	Reações de hipersensibilidade e cutâneas graves	Fator(es) de risco desconhecido(s)	Avaliar substituição por NVP ou ATV/r (na impossibilidade de ATV/r, avaliar DRV/r)
	Ginecomastia	Fator(es) de risco desconhecido(s)	Opções disponíveis limitadas – avaliar genotipagem
ETV	Reações de hipersensibilidade e cutâneas graves	Fator(es) de risco desconhecido(s)	Opções disponíveis limitadas – avaliar genotipagem

Continua

Continuação ANEXO A

Continuação

ARV	EFEITOS ADVERSOS DE RELEVÂNCIA CLÍNICA	FATORES DE RISCO	RECOMENDAÇÕES DE MANEJO ⁽¹⁾
LPV/r	Anormalidades eletrocardiográficas (prolongamento do intervalo QRS e PR, torsades de pointes)	Pessoas com doença pré-existente do sistema de condução Uso concomitante de outros medicamentos que podem prolongar os intervalos PR ou QRS Síndrome do QT longo congénito Hipocalcemia	Usar com precaução em pessoas com doença pré-existente de condução ou que estejam tomando medicamentos concomitantes que possam prolongar os intervalos PR ou QRS
	Hepatotoxicidade	Doença hepática prévia Coinfecção HBV e/ou HCV Uso concomitante de medicamentos hepatotóxicos	Substituir por EFV (se sensível) ou ATV/r (na impossibilidade de ATV/r, avaliar DRV/r) Se falha terapêutica com ITRNN (EFV, NVP), e demais IP/r contraindicados, considerar INI (INI deverão ser solicitados à Câmara Técnica, com justificativa de indicação)
	Pancreatite	Aids avançada, abuso de álcool	Substituir por ATV/r (na impossibilidade de ATV/r, avaliar DRV/r) Se falha terapêutica com ITRNN (EFV, NVP), e demais IP/r contraindicados, considerar INI (INI deverão ser solicitados à Câmara Técnica, com justificativa de indicação)
	Dislipidemia	Fatores de risco para doença cardiovascular, como obesidade e diabetes	Estimular a adoção de um estilo de vida saudável, incluindo alimentação equilibrada, prática de atividade física e redução do tabagismo ⁽¹⁾ Considerar uso de fibratos e estatinas Substituir por ATV/r (na impossibilidade de ATV/r, avaliar DRV/r)
	Diarreia		A diarreia pode ser manejada com adequações de dieta e medicamentos sintomáticos, como a loperamida Substituir por ATV/r (na impossibilidade de ATV/r, avaliar DRV/r)
NVP	Hepatotoxicidade Erupção cutânea (rash) grave e reação de hipersensibilidade, incluindo síndrome de Stevens-Johnson	Doença hepática prévia Coinfecção HBV e/ou HCV Uso concomitante de medicamentos hepatotóxicos LT-CD4+ inicial alto (>250 céls/mm ³ em mulheres ou >400 céls/mm ³ em homens)	Se hepatotoxicidade leve, considerar a substituição por EFV Se hepatotoxicidade grave e hipersensibilidade, avaliar substituição por ATV/r (na impossibilidade de ATV/r, avaliar DRV/r ou LPV/r)

Continua

Continuação ANEXO A

Conclusão

ARV	EFEITOS ADVERSOS DE RELEVÂNCIA CLÍNICA	FATORES DE RISCO	RECOMENDAÇÕES DE MANEJO ⁽⁴⁾
RAL	Rabdomiólise, miopatia, mialgia	Uso concomitante de outras drogas que aumentam o risco de miopatia e rabdomiólise, incluindo estatinas	Opções disponíveis limitadas – avaliar histórico de uso e genotipagem
	Hepatotoxicidade Erupção cutânea (rash) grave e reação de hipersensibilidade	Fator(es) de risco desconhecido(s)	
TDF ⁽¹⁾	Risco de toxicidade renal Lesão renal aguda e síndrome de Fanconi	Doença renal prévia Mais de 50 anos IMC <18,5 ou baixo peso corporal (<50 kg), especialmente em mulheres Diabetes não tratada Hipertensão não tratada O uso concomitante de fármacos nefrotóxicos ou de IP/r	Avaliar substituição por ABC ⁽²⁾ ou AZT Não iniciar TDF se doença renal prévia, TFGe <60 mL/min ou insuficiência renal. Usar com precaução quando hipertensão não controlada, diabetes não tratada, idoso ou baixo peso corporal ⁽³⁾
	Diminuição da densidade mineral óssea	História de osteomalácia ou fratura patológica Fatores de risco para osteoporose ou perda de densidade mineral óssea Deficiência de vitamina D	
	Acidose láctica ou hepatomegalia grave com esteatose	Exposição prolongada a ITRN Obesidade Doença hepática	

Fonte: Adaptado de OMS Guidelines 2016.

⁽¹⁾ ABC deve ser utilizado apenas em PVHIV sabidamente negativas para HLA-B*5701.

⁽²⁾ Realizar exame de genotipagem pré-substituição pelo EFV, de forma a orientar o esquema terapêutico posteriormente, se houver necessidade da mudança deste (não postergar a troca pela indisponibilidade imediata do resultado do exame).

⁽³⁾ Em PVHIV com infecção crônica ativa pelo HBV, deve-se substituir o TDF por outro fármaco ativo contra o HBV.

⁽⁴⁾ Ver Capítulo 13 – Substituição de esquemas (**switch**) de TARV no contexto de supressão viral.

⁽⁵⁾ Ver Capítulo 21 – Alterações renais relacionadas ao HIV.

⁽⁶⁾ Ver Capítulo 17 – Avaliação e manejo das alterações metabólicas em PVHIV.

FONTE: PCDT, BRASIL, 2018.

ANEXO B: Tabela de Interações Medicamentosas da TARV

Tabela 6 Interações medicamentosas

Classe do fármaco concomitante: nome do fármaco	Efeito sobre a concentração de dolutegravir ou do fármaco concomitante	Comentário clínico
Antirretrovirais		
Inibidor não nucleosídeo da transcriptase reversa: etravirina (ETR)	dolutegravir↓ AUC ↓ 71% C _{max} ↓ 52% C _t ↓ 88% ETR ↔	A etravirina diminuiu a concentração plasmática de dolutegravir, o que pode causar perda da resposta virológica e possível resistência ao dolutegravir. Não se deve usar Tivicay [®] com etravirina sem a coadministração de darunavir/ritonavir ou lopinavir/ritonavir.
Inibidor não nucleosídeo da transcriptase reversa: efavirenz (EFV)	dolutegravir↓ AUC ↓ 57% C _{max} ↓ 39% C _t ↓ 75% EFV ↔	O efavirenz diminuiu a concentração plasmática de dolutegravir. A dose recomendada de Tivicay [®] é de 50 mg duas vezes ao dia quando há coadministração de efavirenz. Quando possível devem ser utilizadas combinações alternativas que não incluam efavirenz em pacientes resistentes a INI.
Inibidor não nucleosídeo da transcriptase reversa: nevirapina	dolutegravir↓	A coadministração com nevirapina pode diminuir a concentração plasmática de dolutegravir por indução enzimática e não foi estudada. O efeito da nevirapina sobre a exposição ao dolutegravir provavelmente é similar ao efeito do efavirenz ou menor. A dose recomendada de Tivicay [®] é de 50 mg duas vezes ao dia quando há coadministração de nevirapina. Quando possível devem ser utilizadas combinações alternativas que não incluam nevirapina em pacientes resistentes a INI.
Inibidor da protease: atazanavir (ATV)	dolutegravir↑ AUC ↑ 91% C _{max} ↑ 49% C _t ↑ 180% ATV ↔	O atazanavir aumentou a concentração plasmática de dolutegravir. Não é necessário ajuste da dose.
Inibidor da protease: atazanavir/ritonavir (ATV/RTV)	dolutegravir↑ AUC ↑ 62% C _{max} ↑ 33% C _t ↑ 121% ATV ↔ RTV ↔	A combinação atazanavir/ritonavir aumentou a concentração plasmática de dolutegravir. Não é necessário ajuste da dose.
Inibidor da protease: tipranavir/ritonavir (TPV/RTV)	dolutegravir↓ AUC ↓ 59% C _{max} ↓ 47% C _t ↓ 76% TPV ↔ RTV ↔	A combinação tipranavir/ritonavir diminuiu a concentração de dolutegravir. A dose recomendada de Tivicay [®] é de 50 mg duas vezes ao dia quando há coadministração de tipranavir/ritonavir. Quando possível devem ser utilizadas combinações alternativas que não incluam tipranavir/ritonavir em pacientes resistentes a INI.
Inibidor da protease: fosamprenavir/ritonavir (FPV/RTV)	dolutegravir↓ AUC ↓ 35% C _{max} ↓ 24% C _t ↓ 49% FPV ↔ RTV ↔	A combinação fosamprenavir/ritonavir diminuiu a concentração de dolutegravir, mas, de acordo com dados limitados, não reduziu a eficácia em estudos de fase III. Não é necessário ajuste da dose em pacientes virgens de tratamento com INI. Quando possível devem ser utilizadas combinações alternativas que não incluam fosamprenavir/ritonavir em pacientes resistentes a INI.
Inibidor da protease: nelfinavir	dolutegravir ↔	Essa interação não foi estudada. Embora seja um inibidor da CYP3A4, não se espera que haja aumento, de acordo com dados de outros inibidores. Não é necessário ajuste da dose.
Inibidor da protease: lopinavir/ritonavir (LPV/RTV)	dolutegravir ↔ AUC ↔ C _{max} ↔ C _t ↔ LPV ↔ RTV ↔	A combinação lopinavir/ritonavir não causou alteração clinicamente importante da concentração plasmática de dolutegravir. Não é necessário ajuste da dose.
Inibidor da protease: darunavir/ritonavir	dolutegravir↓ AUC ↓ 32% C _{max} ↓ 11% C _t ↓ 38%	A combinação darunavir/ritonavir não causou alteração clinicamente importante da concentração plasmática de dolutegravir. Não é necessário ajuste da dose.
Inibidor nucleosídeo da transcriptase reversa: tenofovir	dolutegravir ↔	O tenofovir não causou alteração clinicamente importante da concentração plasmática de dolutegravir. Não é necessário ajuste da dose.
Inibidor da protease: lopinavir/ritonavir +	dolutegravir ↔ AUC ↑ 10%	A combinação lopinavir/ritonavir e etravirina não causou alteração clinicamente importante da concentração

etravirina	C_{max} ↑ 7% C_t ↑ 28% LPV ↔ RTV ↔	plasmática de dolutegravir. Não é necessário ajuste da dose.
Inibidor da protease: darunavir/ritonavir + etravirina	dolutegravir ↓ AUC ↓ 25% C_{max} ↓ 12% C_t ↓ 36% DRV ↔ RTV ↔	A combinação darunavir/ritonavir e etravirina não causou alteração clinicamente importante da concentração plasmática de dolutegravir. Não é necessário ajuste da dose.
Outros fármacos		
dofetilida	dofetilida ↑	A coadministração de dolutegravir pode aumentar a concentração plasmática de dofetilida por inibição do transportador OCT2; a coadministração não foi estudada. A coadministração de dolutegravir e dofetilida é contraindicada em razão da possibilidade de toxicidade com risco de morte decorrente da alta concentração de dofetilida.
oxcarbamazepina fenitoína fenobarbital carbamazepina Erva-de-São-João	dolutegravir ↓	A coadministração com esses indutores metabólicos pode diminuir a concentração plasmática de dolutegravir e não foi estudada. Deve-se evitar a coadministração com Tivicay [®] .
Antiácidos que contêm cátions polivalentes (p. ex., Mg, Al)	dolutegravir ↓ AUC ↓ 74% C_{max} ↓ 72% C_{24} ↓ 74%	A coadministração de antiácidos que contêm cátions polivalentes diminuiu a concentração plasmática de dolutegravir. Recomenda-se que Tivicay [®] seja administrado duas horas antes ou seis horas depois de antiácidos que contêm cátions divalentes.
Suplementos de cálcio	dolutegravir ↓ AUC ↓ 39% C_{max} ↓ 37% C_{24} ↓ 39%	Recomenda-se que Tivicay [®] seja administrado duas horas antes ou seis horas depois de suplementos que contêm cálcio. Quando acompanhado de alimentos, Tivicay [®] pode ser administrado ao mesmo tempo que esses suplementos.
Suplementos de ferro	dolutegravir ↓ AUC ↓ 54% C_{max} ↓ 57% C_{24} ↓ 56%	Recomenda-se que Tivicay [®] seja administrado duas horas antes ou seis horas depois de suplementos que contêm ferro. Quando acompanhado de alimentos, Tivicay [®] pode ser administrado ao mesmo tempo que esses suplementos.
metformina	metformina ↑	A coadministração de Tivicay [®] pode aumentar a concentração plasmática de metformina por inibição do transportador OCT2; a coadministração não foi estudada. É aconselhável o monitoramento metuculoso do paciente no início ou no término de tratamento concomitante.
rifampicina	dolutegravir ↓ AUC ↓ 54% C_{max} ↓ 43% C_t ↓ 72%	A rifampicina diminuiu a concentração plasmática de dolutegravir. A dose recomendada de Tivicay [®] é de 50 mg duas vezes ao dia quando há coadministração de rifampicina. Quando possível devem ser utilizadas combinações alternativas que não incluam rifampicina em pacientes resistentes a INI.
Contraceptivos orais (etinilestradiol [EE] e norelgestromina [NGMN])	Efeito do dolutegravir: EE ↔ AUC ↑ 3% C_{max} ↓ 1% C_t ↑ 2% Efeito do dolutegravir: NGMN ↔ AUC ↓ 2% C_{max} ↓ 11% C_t ↓ 7%	O dolutegravir não causou alteração clinicamente importante da concentração plasmática de etinilestradiol e norelgestromina. Não é necessário ajuste da dose dos contraceptivos orais quando coadministrados com Tivicay [®] .
metadona	Efeito do dolutegravir: metadona ↔ AUC ↓ 2% C_{max} ↔ 0% C_t ↓ 1%	O dolutegravir não causou alteração clinicamente importante da concentração plasmática de metadona. Não é necessário ajuste da dose de metadona quando coadministrada com Tivicay [®] .

Abreviações: ↑ = aumento; ↓ = diminuição; ↔ = sem alteração importante; AUC = área sob a curva de concentração *versus* tempo; C_{max} = concentração máxima observada; C_t = concentração no fim do intervalo entre doses.; INI = Inibidor de Integrase

FONTE: PCDT, BRASIL, 2018.

ANEXO C: Relação dos Formulários que integram o protocolo da consulta farmacêutica.

Código do Instrumento / Formulário	Identificação do Formulário	Referências*
FO 01	Seleção de pacientes para a consulta farmacêutica	(BRASIL, 2019)
FO 02	Agenda da consulta farmacêutica	Autor
FO 03	Cartão controle de saúde	(CFF, 2016)
FO 04	Prontuário	(CFF, 2016)
FO 05	Consulta de retorno	(BRASIL, 2015, 2019)
FO 06	Monitoramento das condições de saúde	(BRASIL, 2019)
FO 07	Instrumento para avaliação da ansiedade	(BRASIL, 2019)
FO 08	Instrumento para avaliação da depressão	(KROENKE; SPITZER; WILLIAMS, 2001; BRASIL, 2019)
FO 09	Escala visual analógica da dor	(BRASIL, 2015, 2019)
FO 10	Avaliação da percepção geral da saúde e qualidade de vida	(BRASIL, 2019)
FO 11	(Medtake) capacidade de gestão dos medicamentos	(BRASIL, 2019)
FO 12	Avaliação da adesão em relação a atitudes, crenças e comportamentos diante do tratamento	(KRIPALANI et al., 2009; SALGADO et al., 2013; BRASIL, 2019)
FO 13	Encaminhamento	(CFF, 2016)
FO 14	Prescrição farmacêutica	(CFF, 2016)
FO 15	Automonitoramento da pressão arterial	(BRASIL, 2015, 2019)
FO 16	Monitoramento residencial da pressão arterial	(BRASIL, 2015, 2019)
FO 17	Automonitoramento glicêmico	(BRASIL, 2015, 2019)
FO 18	Calendário posológico	(BRASIL, 2015, 2019)

Fonte: Autor

* Adaptadas das respectivas referências

ANEXO F: Formulário de preenchimento padrão de prontuário

(F 03) PRONTUÁRIO							
PERFIL DO PACIENTE							
Unidade de Saúde:				Data da 1ª Consulta:			
Nome:				Nº CNS:			
Data de nascimento:				Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino			
Telefone:				Ocupação:			
Escolaridade:				Renda mensal:			
Com quem mora?							
Tem cuidador? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			Nome: _____ Parentesco: _____ Telefone: _____				
Limitações: <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Leitura <input type="checkbox"/> Escrita <input type="checkbox"/> Locomoção <input type="checkbox"/> Fala <input type="checkbox"/> Visão <input type="checkbox"/> Audição <input type="checkbox"/> Outra:							
HISTÓRIA SOCIAL							
Bebidas alcoólicas: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual (is)? _____ Quantidade ingerida: _____ Frequência de uso: _____ Tempo de uso: _____							
Tabaco (cigarro, charuto, narguile): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Fumava, mas parou há _____ <input type="checkbox"/> Sim Quantidade / dia _____ Anos de uso _____							
Exercício físico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Tipo de atividade: _____ Duração: _____ Frequência: _____ Sente algum incômodo? _____							
Hábitos alimentares (restrições, consumo de água e alimentos):	Rotina (horários e observações importantes)						
	Acorda	Café	Lanche	Almoço	Lanche	Jantar	Dormir
HISTÓRIA FAMILIAR							
Motivo da consulta/ diagnóstico prévio:							
Algum familiar com histórico de doença crônica? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, descrever quem e quais doenças:							
HISTÓRIA MÉDICA							
AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE							
Monitoramento de Condições de Saúde	Desfechos Clínicos a serem avaliados: (consultar FO 06)						
Diabetes <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:	<input type="checkbox"/> Sínteis e sintomas <input type="checkbox"/> Exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Exames de Imagem <input type="checkbox"/> Outros						
Hipertensão <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:	<input type="checkbox"/> Sínteis e sintomas <input type="checkbox"/> Exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Exames de Imagem <input type="checkbox"/> Outros						
Dislipidêmias <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:	<input type="checkbox"/> Sínteis e sintomas <input type="checkbox"/> Exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Exames de Imagem <input type="checkbox"/> Outros						
Cardiopatas <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:	<input type="checkbox"/> Sínteis e sintomas <input type="checkbox"/> Exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Exames de Imagem <input type="checkbox"/> Outros						
Doenças renais <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:	<input type="checkbox"/> Sínteis e sintomas <input type="checkbox"/> Exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Exames de Imagem <input type="checkbox"/> Outros						
Doenças pulmonares <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:	<input type="checkbox"/> Sínteis e sintomas <input type="checkbox"/> Exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Exames de Imagem <input type="checkbox"/> Outros						
Doenças reumáticas <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:	<input type="checkbox"/> Sínteis e sintomas <input type="checkbox"/> Exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Exames de Imagem <input type="checkbox"/> Outros						
Depressão <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:	<input type="checkbox"/> Sínteis e sintomas <input type="checkbox"/> Exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Exames de Imagem <input type="checkbox"/> Outros						
Ansiedade <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:	<input type="checkbox"/> Sínteis e sintomas <input type="checkbox"/> Exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Exames de Imagem <input type="checkbox"/> Outros						
Outros <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:	<input type="checkbox"/> Sínteis e sintomas <input type="checkbox"/> Exames laboratoriais <input type="checkbox"/> Exames de Imagem <input type="checkbox"/> Outros						
<i>Obs: Registrar os desfechos avaliados nos campos acima</i>							

Continuação ANEXO F

ALERGIAS				
Alergias conhecidas <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim				
Informar:				
RASTREAMENTO DE REAÇÕES ADVERSAS				
ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCÊ? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim				
Medicamento	Muito	Um pouco	Muito pouco	De que forma incomoda?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ESTÁ SENTINDO OU SENTIU ALGUM DOS SINTOMAS ABAIXO, NOS ÚLTIMOS MESES?				
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Problema gastrointestinal <input type="checkbox"/> Tontura/Desequilíbrio <input type="checkbox"/> Incontinência/Problema urinário <input type="checkbox"/> Problema sexual		<input type="checkbox"/> Dor muscular <input type="checkbox"/> Fadiga/Cansaço <input type="checkbox"/> Mudança no humor	
DIFICULDADES NO USO DOS MEDICAMENTOS				
Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Pouco difícil	Nada difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ler o que está escrito na embalagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lembrar de tomar todo medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conseguir o medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tomar vários comprimidos ao mesmo tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ACESSO DOS MEDICAMENTOS				
-Qual seu gasto mensal com medicamentos: _____	Acesso no Setor público <input type="checkbox"/> Unidades de saúde <input type="checkbox"/> Rede Farmácia Popular <input type="checkbox"/> Farmácia comunitária pública <input type="checkbox"/> Farmácia especial/ambulatorial <input type="checkbox"/> Outro: _____		Acesso no Setor privado <input type="checkbox"/> Farmácia privada <input type="checkbox"/> Farmácia magistral <input type="checkbox"/> Programa "Aqui tem farmácia popular" <input type="checkbox"/> Outro: _____	
-Dificuldades de acesso? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____				
CAPACIDADE DE GESTÃO DOS MEDICAMENTOS				
Autonomia na gestão dos medicamentos:				
<input type="checkbox"/> Toma medicamentos sem assistência		<input type="checkbox"/> Necessita de lembretes ou assistência		
<input type="checkbox"/> Incapaz de tomar sozinho				
Paciente é incapaz de gerir os medicamentos sozinho e/ou tem cuidador? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: <i>(Aplicar FQ 11)</i>				
Interpretação do MED TAKE:				
Qual (ais) o local (ais) de armazenamento dos medicamentos na sua casa:				
ADESÃO AO TRATAMENTO				
<i>Obs.: Identificar barreiras de não-adesão</i>				
A maioria das pessoas tem dificuldades para tomar os seus comprimidos. Você tem alguma dificuldade para tomar os seus?				
O(a) senhor(a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos?				<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim

Continuação ANEXO F

Quantas vezes, nos últimos 7 dias, o(a) senhor(a) deixou de tomar os medicamentos, por qualquer motivo?	
O(a) senhor(a) toma os medicamentos na hora indicada?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Quando o(a) senhor(a) se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Quando o(a) senhor(a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
AVALIAR ATITUDES, CRENÇAS E COMPORTAMENTOS DIANTE DO TRATAMENTO <i>(Consultar FO 12)</i>	
Aplicação do <i>ARMS</i> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:	
Aplicação do <i>BMQ</i> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:	

IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA		
PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO	[] Não [] Sim	MEDICAMENTO(S)
[]	Condição clínica sem tratamento	
[]	Disponibilidade de alternativa terapêutica mais custo-efetiva	
[]	Duplicidade terapêutica na mesma prescrição	
[]	Duração do tratamento prescrito inadequado	
[]	Forma farmacêutica, apresentação ou via de administração inadequada	
[]	Frequência ou horário de administração prescritos inadequados	
[]	Interação medicamento-alimento	
[]	Interação medicamento-medicamento	
[]	Medicamento sem indicação clínica	
[]	Prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado	
[]	Prescrição de medicamento sem indicação clínica definida	
[]	Prescrição em sobredose	
[]	Prescrição em subdose	
[]	Outros problemas de seleção e prescrição	
PROBLEMAS NA ADMINISTRAÇÃO E ADEÇÃO DO PACIENTE	[] Não [] Sim	MEDICAMENTO(S)
[]	Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente	
[]	Automedicação indevida	
[]	Continuação indevida do medicamento pelo paciente	
[]	Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente	
[]	Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta	
[]	Forma farmacêutica ou via de administração incorreta	
[]	Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária	
[]	Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente	
[]	Paciente não iniciou o tratamento	
[]	Redução abrupta de dose pelo paciente	
[]	Técnica de administração incorreta	
[]	Uso abusivo do medicamento	
[]	Outros problemas relacionados à administração e adesão não especificados	
PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO	[] Não [] Sim	MEDICAMENTO(S)
[]	Armazenamento incorreto	
[]	Desvio de qualidade aparente	
[]	Medicamento sem registro	
[]	Medicamento vencido	
[]	Suspeita de medicamento falsificado	
[]	Outros problemas relacionados à qualidade	
ERROS DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO	[] Não [] Sim	MEDICAMENTO(S)
[]	Dispensação de dose incorreta	
[]	Dispensação de forma farmacêutica incorreta	
[]	Dispensação de medicamento incorreto	
[]	Dispensação de quantidade incorreta	
[]	Medicamento não dispensado (falta em estoque ou outro motivo)	
[]	Paciente incorreto	
[]	Outros erros de dispensação ou manipulação não especificados	

Continuação ANEXO F

DISCREPÂNCIA ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		MEDICAMENTO(S)
<input type="checkbox"/>	Doses discrepantes	
<input type="checkbox"/>	Duplicidade terapêutica entre prescrições	
<input type="checkbox"/>	Duração do tratamento discrepante	
<input type="checkbox"/>	Forma farmacêutica, apresentação ou via de adm. discrepante	
<input type="checkbox"/>	Medicamento discrepante	
<input type="checkbox"/>	Omissão de medicamento prescrito	
<input type="checkbox"/>	Outras discrepâncias não especificadas	
MONITORIZAÇÃO <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		MEDICAMENTO(S)
<input type="checkbox"/>	Necessidade de exame laboratorial	
<input type="checkbox"/>	Necessidade de monitoramento não laboratorial	
<input type="checkbox"/>	Necessidade de automonitoramento	
<input type="checkbox"/>	Outros problemas de monitoramento não especificados	
TRATAMENTO NÃO EFETIVO <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		MEDICAMENTO(S)
<input type="checkbox"/>	Tratamento não efetivo devido a problema no processo de uso	
<input type="checkbox"/>	Tratamento não efetivo sem causa definida	
REAÇÃO ADVERSA À MEDICAMENTO <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		MEDICAMENTO(S)
<input type="checkbox"/>	Reação adversa dose-dependente (tipo A)	
<input type="checkbox"/>	Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B)	
<input type="checkbox"/>	Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C)	
<input type="checkbox"/>	Reação retardada / Teratogênese (tipo D)	
<input type="checkbox"/>	Efeitos de descontinuação do medicamento (tipo E)	
<input type="checkbox"/>	Reação adversa não especificada	
INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		MEDICAMENTO(S)
<input type="checkbox"/>	Overdose / Intoxicação medicamentosa acidental	
<input type="checkbox"/>	Overdose / Intoxicação medicamentosa intencional	
<input type="checkbox"/>	NENHUM PROBLEMA RELACIONADO A FARMACOTERAPIA NESTE MOMENTO	

INTERVENÇÕES FARMACÉUTICAS		
INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		OBSERVAÇÕES
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre um tratamento específico	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre os tratamentos de forma geral	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre as condições de saúde de forma geral	
<input type="checkbox"/>	Aconselhamento sobre automonitoramento da doença	
<input type="checkbox"/>	Outro aconselhamento não especificado	
ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		OBSERVAÇÕES
<input type="checkbox"/>	Alteração de forma farmacêutica	
<input type="checkbox"/>	Alteração de via de administração	
<input type="checkbox"/>	Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária	
<input type="checkbox"/>	Aumento da dose diária	
<input type="checkbox"/>	Início de novo medicamento	
<input type="checkbox"/>	Redução de dose diária	
<input type="checkbox"/>	Substituição de medicamento	
<input type="checkbox"/>	Suspensão de medicamento	
<input type="checkbox"/>	Outras alterações na terapia não especificadas	
MONITORAMENTO <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		OBSERVAÇÕES
<input type="checkbox"/>	Recomendação de exame laboratorial	
<input type="checkbox"/>	Recomendação de monitoramento não laboratorial	
<input type="checkbox"/>	Recomendação de automonitoramento	
<input type="checkbox"/>	Outras recomendações de monitoramento não especificadas	
PROVISÃO DE MATERIAIS <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		OBSERVAÇÕES
<input type="checkbox"/>	Diário para automonitoramento (FD 15, 16 e/ou 17)	
<input type="checkbox"/>	Dispositivo para automonitoramento	

Continuação ANEXO G

TERAPIAS ALTERNATIVAS/COMPLEMENTARES				
Terapia	Indicação	Frequência de utilização	Modo de preparo/ utilização	
ALERGIAS				
Alergias conhecidas <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Informar:				
RASTREAMENTO DE REAÇÕES ADVERSAS				
ALGUM DOS SEUS MEDICAMENTOS INCOMODA VOCE? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim				
Medicamento	Muito	Um pouco	Muito pouco	De que forma incomoda?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ESTÁ SENTINDO OU SENTIU ALGUM DOS SINTOMAS ABAIXO, NOS ÚLTIMOS MESES?				
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Problema gastrointestinal <input type="checkbox"/> Tontura/Desequilíbrio <input type="checkbox"/> Incontinência/Problema urinário <input type="checkbox"/> Problema sexual		<input type="checkbox"/> Dor muscular <input type="checkbox"/> Fadiga/Cansaço <input type="checkbox"/> Mudança no humor	
DIFICULDADES NO USO DOS MEDICAMENTOS				
Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Pouco difícil	Nada difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ler o que está escrito na embalagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lembrar de tomar todo medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conseguir o medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tomar vários comprimidos ao mesmo tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ACESSO DOS MEDICAMENTOS				
-Qual seu gasto mensal com medicamentos: _____ -Dificuldades de acesso? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____	Acesso no Setor público		Acesso no Setor privado	
	<input type="checkbox"/> Unidades de saúde <input type="checkbox"/> Rede Farmácia Popular <input type="checkbox"/> Farmácia comunitária pública <input type="checkbox"/> Farmácia especial/ambulatorial <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Farmácia privada <input type="checkbox"/> Farmácia magistral <input type="checkbox"/> Programa "Aqui tem farmácia popular" <input type="checkbox"/> Outro: _____	
CAPACIDADE DE GESTÃO DOS MEDICAMENTOS				
Autonomia na gestão dos medicamentos: <input type="checkbox"/> Toma medicamentos sem assistência <input type="checkbox"/> Necessita de lembretes ou assistência <input type="checkbox"/> Incapaz de tomar sozinho				
Paciente é incapaz de gerir os medicamentos sozinho e/ou tem cuidador? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: (Aplicar FD 11) Interpretação do MED TAKE:				
Qual (ais) o local (ais) de armazenamento dos medicamentos na sua casa:				

Continuação ANEXO G

ADESÃO AO TRATAMENTO	
<i>Obs.: Identificar barreiras de não-adesão</i>	
A maioria das pessoas tem dificuldades para tomar os seus comprimidos. Você ainda tem alguma dificuldade para tomar os seus?	
O(a) senhor(a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Quantas vezes, nos últimos 7 dias, o(a) senhor(a) deixou de tomar os medicamentos, por qualquer motivo?	
O(a) senhor(a) toma os medicamentos na hora indicada?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Quando o(a) senhor(a) se encontra bem, deixa de tomar seus medicamentos?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Quando o(a) senhor(a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
O(a) senhor(a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Quantas vezes, nos últimos 7 dias, o(a) senhor(a) deixou de tomar os medicamentos, por qualquer motivo?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
AVALIAR ATITUDES, CRENÇAS E COMPORTAMENTOS DIANTE DO TRATAMENTO (Consultar FO 12)	
Aplicação do <i>ARMS</i> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:	
Aplicação do <i>BMQ</i> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:	

IDENTIFICAÇÃO DE NOVOS PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA		
PROBLEMAS ENVOLVENDO SELEÇÃO E PRESCRIÇÃO	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	MEDICAMENTO(S)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Condição clínica sem tratamento	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Disponibilidade de alternativa terapêutica mais custo-efetiva	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Duplicidade terapêutica na mesma prescrição	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Duração do tratamento prescrito inadequado	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Forma farmacêutica, apresentação ou via de administração inadequada	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Frequência ou horário de administração prescritos inadequados	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Interação medicamento-alimento	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Interação medicamento-medicamento	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Medicamento sem indicação clínica	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Prescrição de medicamento inapropriado ou contraindicado	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Prescrição de medicamento sem indicação clínica definida	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Prescrição em sobredose	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Prescrição em subdose	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Outros problemas de seleção e prescrição	
PROBLEMAS NA ADMINISTRAÇÃO E ADESÃO DO PACIENTE	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	MEDICAMENTO(S)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Adição de doses (sobredosagem) pelo paciente	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Automedicação indevida	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Continuação indevida do medicamento pelo paciente	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Descontinuação indevida do medicamento pelo paciente	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Duração do tratamento seguida pelo paciente incorreta	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Forma farmacêutica ou via de administração incorreta	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Frequência ou horário de administração incorreto, sem alterar dose diária	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Omissão de doses (subdosagem) pelo paciente	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Paciente não iniciou o tratamento	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Redução abrupta de dose pelo paciente	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Técnica de administração incorreta	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Uso abusivo do medicamento	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Outros problemas relacionados à administração e adesão não especificados	
PROBLEMAS NA QUALIDADE DO MEDICAMENTO	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	MEDICAMENTO(S)
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Armazenamento incorreto	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Desvio de qualidade aparente	

Continuação ANEXO G

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicamento sem registro	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicamento vencido	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suspeita de medicamento falsificado	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outros problemas relacionados à qualidade	
ERROS DE DISPENSAÇÃO OU MANIPULAÇÃO		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	MEDICAMENTO(S)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dispensação de dose incorreta	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dispensação de forma farmacéutica incorreta	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dispensação de medicamento incorreto	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dispensação de quantidade incorreta	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicamento não dispensado (falta em estoque ou outro motivo)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paciente incorreto	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outros erros de dispensação ou manipulação não especificados	
DISCREPÂNCIA ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	MEDICAMENTO(S)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doses discrepantes	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Duplicidade terapêutica entre prescrições	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Duração do tratamento discrepante	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Forma farmacéutica, apresentação ou via de adm. discrepante	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicamento discrepante	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Armaslo de medicamento prescrito	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outras discrepâncias não especificadas	
MONITORIZAÇÃO		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	MEDICAMENTO(S)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Necessidade de exame laboratorial	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Necessidade de monitoramento não laboratorial	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Necessidade de automonitoramento	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outros problemas de monitoramento não especificados	
TRATAMENTO NÃO EFETIVO		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	MEDICAMENTO(S)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamento não efetivo devido a problema no processo de uso	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamento não efetivo sem causa definida	
REAÇÃO ADVERSA À MEDICAMENTO		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	MEDICAMENTO(S)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reação adversa dose-dependente (tipo A)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reação alérgica ou idiossincrática (tipo B)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reação por exposição crônica ao medicamento (tipo C)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reação retardada / Teratogênese (tipo D)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Efeitos de descontinuação do medicamento (tipo E)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reação adversa não especificada	
INTOXICAÇÃO POR MEDICAMENTOS		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	MEDICAMENTO(S)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Overdose / Intoxicação medicamentosa acidental	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Overdose / Intoxicação medicamentosa intencional	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NENHUM PROBLEMA RELACIONADO A FARMACOTERAPIA NESTE MOMENTO	

NOVAS INTERVENÇÕES FARMACEUTICAS			
INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	OBSERVAÇÕES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre um tratamento específico	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre os tratamentos de forma geral	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre as condições de saúde de forma geral	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aconselhamento sobre automonitoramento da doença	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outro aconselhamento não especificado	
ALTERAÇÃO OU SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO NA TERAPIA		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	OBSERVAÇÕES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteração de forma farmacéutica	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteração de via de administração	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteração na frequência ou horário de adm. sem alteração da dose diária	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aumento da dose diária	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Início de novo medicamento	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Redução de dose diária	

ANEXO H: Formulário de Monitoramento de Condições de Saúde

(F 05) – MONITORAMENTO DE CONDIÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES DE SAÚDE	DESFECHOS CLÍNICOS	FREQUENCIA
Diabetes	1. Avaliar a sintomatologia (Como Poliúria, polidipsia, cetoacidose, fraqueza, vista embaçada ou turvação visual, sonolência, aumento de apetite, perda de peso, infecções de pele)	➤ Em todas as consultas
	2. Avaliar resultados de exames laboratoriais (Como por exemplo, glicemia jejum, curva glicêmica, Hemoglobina glicada e outros)	➤ Na 1ª consulta ➤ A cada 3 meses até alcançar controle ➤ Após controle, a cada 6 meses.
	3. Aferir Glicemia capilar no consultório	➤ Em todas as consultas
	4. Fornecer instrumento para automonitoramento glicêmico (FO 17)	➤ Na 1ª consulta ou sempre que necessário (após mudanças no tratamento ou queixas importantes)
Hipertensão Arterial Sistêmica	1. Avaliar a sintomatologia (Como cefaleia constante, tontura, sangramento nasal, confusão mental, náuseas, palpitação, falta de ar e cansaço excessivo).	➤ Em todas as consultas
	2. Aferir Pressão Arterial no consultório	➤ Em todas as consultas
	3. Fornecer instrumento para Monitoramento Residencial da Pressão Arterial (FO 15) ou para Automonitoramento da Pressão Arterial (FO 16)	➤ Na 1ª consulta ou sempre que necessário (após mudanças no tratamento ou queixas importantes)
Dislipidemia	1. Avaliar Perfil lipídico a partir de exames laboratoriais (Como por exemplo, colesterol Total, LDL-C, HDL-C, Triglicérides)	➤ Na 1ª consulta ➤ A cada 6 meses em pacientes com baixo risco cardiovascular ➤ A cada 3 meses em pacientes com risco cardiovascular intermediário a alto.
Cardiopatas	1. Avaliar sintomatologia (Como dor no peito, vertigem, fadiga, palpitações, falta de ar, tolerância ao exercício, edema)	➤ Em todas as consultas
Doenças Renais	1. Avaliar sintomatologia (Como Alterações circulatórias e Edema)	➤ Em todas as consultas
	2. Avaliar resultados de exames laboratoriais (Como por exemplo, creatinina, Ureia, Taxa de Filtração Glomerular (TFG), Proteinúria, Albuminúria e outros)	➤ Na 1ª consulta ➤ A cada 6 meses ou sempre que possível
	3. Avaliar laudos de exames por imagem (Como radiografias, ultrassonografias e outros)	➤ Na 1ª consulta ➤ A cada ano ➤ Ou sempre que possível
Doenças Pulmonares	1. Avaliar sintomatologias (Como tosse, secreção, falta de ar, dor ou aperto no peito, cianose, edema e sintomas noturnos)	➤ Em todas as consultas
	2. Avaliar recorrência de crises e episódios de piora	➤ Na 1ª consulta
	3. Avaliar de exames laboratoriais	➤ A cada 6 meses ou sempre que possível

Continuação ANEXO H

	4. Avaliar laudos de exames por imagem (Como radiografias, ultrassonografias e outros)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Na 1ª consulta ➤ A cada ano ➤ Ou sempre que possível
Doenças Reumáticas	1. Avaliar sintomatologias (Como dor, nódulos, inflamações, rigidez, edemas, alterações articulares e fadiga) 2. Avaliar recorrência de crises e episódios de piora	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Em todas as consultas
	3. Avaliar intensidade da dor pela escala visual analógica da dor (FO 09)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Na 1ª consulta ➤ A cada 3 meses ou sempre que possível
	4. Avaliar exames laboratoriais	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Na 1ª consulta ➤ A cada 6 meses ou sempre que possível
	5. Avaliar laudos de exames por imagem (Como radiografias, ultrassonografias e outros)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Na 1ª consulta ➤ A cada ano ➤ Ou sempre que possível
Depressão	1. Avaliar sintomatologias (Como humor deprimido, perda de interesse, fatigabilidade, ideias de culpa e de inutilidade, visões desoladas e pessimistas do futuro, sono perturbado, apetite diminuído, redução da concentração, autoestima e autoconfiança). 2. Avaliar recorrência de crises e episódios de piora	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Em todas as consultas
	3. Aplicar instrumento para avaliação da depressão (FO 08)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Na 1ª consulta ➤ A cada 3 meses ou sempre que possível
Ansiedade	1. Avaliar sintomatologias (Como fadiga, insônia, falta de ar, formigamento, confusão, instabilidade, dor no peito, palpitações, sudorese, boca seca, tremores, tensão muscular, vertigem, náusea e vômitos incontroláveis) 2. Avaliar recorrência de crises e episódios de piora	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Em todas as consultas
	3. Aplicar instrumento para avaliação da Ansiedade (FO 07)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Na 1ª consulta ➤ A cada 3 meses ou sempre que possível
Outras condições de saúde	1. Avaliar de sintomatologias comuns	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Em todas as consultas
	2. Avaliar exames laboratoriais	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Na 1ª consulta ➤ A cada 6 meses ou sempre que possível
	3. Avaliar laudos de exames por imagem (Como radiografias, ultrassonografias e outros)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Na 1ª consulta ➤ A cada ano ➤ Ou sempre que possível

ANEXO I: Formulário de Instrumento para avaliação da Ansiedade

(F 06) – INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE				
<i>Cianba J. et al. Manual da versão em Português das Escalas de Beck. São Paulo: Casa do psicólogo. 2001.</i>				
Nome do Paciente: _____				
Data de aplicação do instrumento: _____				
Possui Diagnóstico de Ansiedade: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Desde quando? _____				
Já encontra-se em tratamento para Ansiedade: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Tempo de tratamento? _____				
Tratamento atual para Ansiedade: _____				
Tratamentos prévios para Ansiedade: _____				
BAI (Inventário de Ansiedade de Beck)				
Ultimamente como você tem sido incomodado por qualquer um dos sintomas abaixo?	Absolutamente não	Levemente (Não me incomodou muito)	Moderadamente (Foi muito desagradável, mas pode suportar)	Gravemente (Difícilmente pode suportar)
1. Dormência ou formigamento.	[0]	[1]	[2]	[3]
2. Sensação de calor	[0]	[1]	[2]	[3]
3. Tremores nas pernas	[0]	[1]	[2]	[3]
4. Incapaz de relaxar	[0]	[1]	[2]	[3]
5. Medo de que aconteça o pior	[0]	[1]	[2]	[3]
6. Atordoado ou tonto	[0]	[1]	[2]	[3]
7. Palpitações ou aceleração do coração	[0]	[1]	[2]	[3]
8. Sem equilíbrio	[0]	[1]	[2]	[3]
9. Aterrorizado	[0]	[1]	[2]	[3]
10. Nervoso	[0]	[1]	[2]	[3]
11. Sensação de sufocamento	[0]	[1]	[2]	[3]
12. Tremores nas mãos	[0]	[1]	[2]	[3]
13. Trêmulo	[0]	[1]	[2]	[3]
14. Medo de perder o controle	[0]	[1]	[2]	[3]
15. Dificuldade de respirar	[0]	[1]	[2]	[3]
16. Medo de morrer	[0]	[1]	[2]	[3]
17. Assustado	[0]	[1]	[2]	[3]
18. Indigestão ou desconforto abdominal	[0]	[1]	[2]	[3]
19. Sensação de desmaio	[0]	[1]	[2]	[3]
20. Rosto afogueado	[0]	[1]	[2]	[3]
21. Suor (não devido ao calor)	[0]	[1]	[2]	[3]
Somatória dos Códigos marcados:	+	+	+	+
= Total Score: _____				
Interpretação do Score Total do BAI				
0 – 7	Grau Mínimo			
8 – 15	Ansiedade Leve			
16 – 25	Ansiedade Moderada			
26 – 63	Ansiedade Grave			
<i>Obs.: Após aplicar este instrumento, o resultado da interpretação deverá ser registrado em FO 04 ou em FO 05.</i>				

ANEXO K: Avaliação por escala analógica da dor

(F 08) – ESCALA VISUAL ANALÓGICA DA DOR

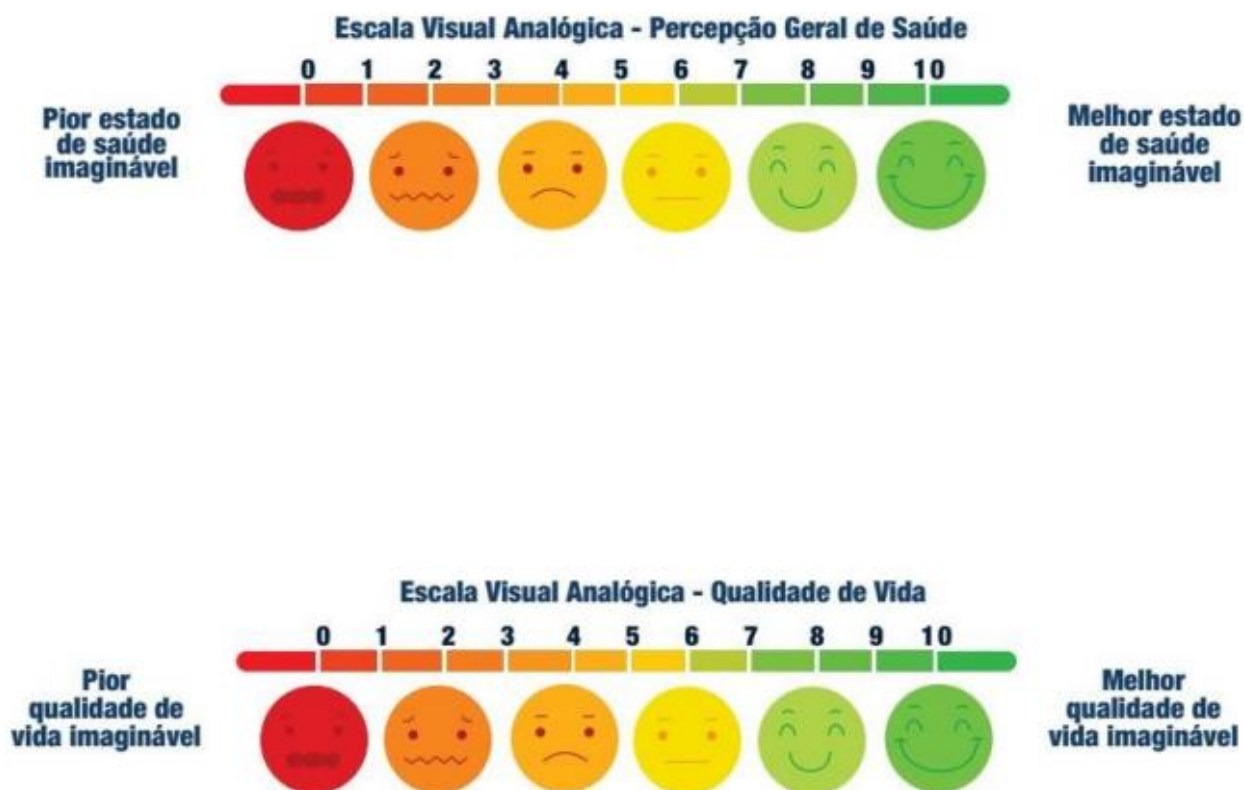


INSTRUÇÕES:

- A avaliação da dor é realizada solicitando que o paciente atribua uma nota de 0 a 10 em relação a intensidade da dor conforme escala visual. Sendo 0 a dor leve e 10 a dor intensa.

ANEXO L: Avaliação da percepção geral de saúde e qualidade de vida.

(F 09) – PERCEPÇÃO GERAL DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA



INSTRUÇÕES:

- A avaliação da percepção geral de saúde (PGS) e da qualidade de vida (QV) é realizada solicitando que o paciente atribua uma nota de 0 a 10 à sua saúde e à sua qualidade de vida, respectivamente, sendo 0 a pior saúde/qualidade de vida imaginável e 10 a melhor.

ANEXO M: Avaliação da Capacidade de gestão dos medicamentos

(F 10) – CAPACIDADE DE GESTÃO DOS MEDICAMENTOS

Raehl C, Bond CA, Woods T, Patry RA, Sleeper RB. Individualized drug use assessment in the elderly. Pharmacotherapy. 22(10). 1239-1248, 2002.

Nome do Paciente:				
Data de aplicação do instrumento:				
O Paciente é incapaz de tomar o medicamento sozinho? [] Não, Instrumento dispensado [] Sim, Aplicar ao cuidador				
MED TAKE				
Avaliar a execução das seguintes atividades para cada medicamento utilizado (Med): 0 – Incorreta / 1 – Correta	Identificação do medicamento e da dose	Descrição da Indicação	Coingestão de alimentos e líquidos	Descrição do regime posológico
Med 1:	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]
Med 2:	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]
Med 3:	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]
Med 4:	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]
Med 5:	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]
Med 6:	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]
Med 7:	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]
Med 8:	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]
Med 9:	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]
Med 10:	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]
Med 11:	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]
Med 12:	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]
Med 13:	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]
Med 14:	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]
Med 15:	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]
Med 16:	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]
Med 17:	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]
Med 18:	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]
Med 19:	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]
Med 20:	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]	[0] [1]
Somatória dos pontos:	+	+	+	+
= Somatória dos pontos: _____				
Somatória total: Nº de medicamentos utilizados x 4 = _____	Score total (ST): (Somatória dos pontos / Somatória total) x 100 ST (%) = _____			
Interpretação dos Scores de MED TAKE				
Valores (ST)	Capacidade de Gestão dos Medicamentos			
< 50%	Baixa Capacidade de gestão			
≥ 50%	Boa Capacidade de gestão			
<i>Obs.: Após aplicar este instrumento, o resultado da interpretação deverá ser registrado em FO 04 ou em FO 05.</i>				

ANEXO N: Formulário de avaliação da adesão ao tratamento.

(F 11) – AVALIAÇÃO DA ADESÃO EM RELAÇÃO A ATITUDES, CRENÇAS E COMPORTAMENTOS DIANTE DO TRATAMENTO			
Nome do Paciente:			
Data de aplicação do instrumento:			
INSTRUMENTO BELIEFS ABOUT MEDICATIONS (BMQ 1)			
<i>Adaptado de Selgado T, Marques A, Geraldes L, Beirinho S, Horne R, Fernandez-Llimos F. Cross-cultural adaptation of the Beliefs about Medicines Questionnaire into Portuguese. São Paulo Med J. Apr 2013;131(2):88-94.</i>			
Opinião do paciente sobre os medicamentos que lhe foram receitados:	Concordo	Não tenho certeza	Discordo
N1 – Atualmente, a minha saúde depende desses medicamentos	[3]	[2]	[1]
N2 – A minha vida seria impossível sem esses medicamentos.	[3]	[2]	[1]
N3 – Sem esses medicamentos, eu estaria muito doente.	[3]	[2]	[1]
N4 – A minha saúde, no futuro, dependerá desses medicamentos	[3]	[2]	[1]
N5 – Esses medicamentos me protegem de ficar pior.	[3]	[2]	[1]
Somatória dos fatores sobre a necessidade do tratamento (N):	+	+	+
= Total Score: ____ / 15 x 100 = _____			
P1 – Ter que tomar esses medicamentos me preocupa	[3]	[2]	[1]
P2 – Às vezes, os efeitos em longo prazo desses medicamentos me preocupam.	[3]	[2]	[1]
P3 – Esses medicamentos são um mistério para mim.	[3]	[2]	[1]
P4 – Esses medicamentos perturbam a minha vida.	[3]	[2]	[1]
P5 – Às vezes, me preocupo em ficar muito dependente desses medicamentos	[3]	[2]	[1]
P6 – Esses medicamentos me dão efeitos secundários desagradáveis	[3]	[2]	[1]
Somatória dos fatores sobre preocupação frente ao tratamento (T):	+	+	+
= Total Score: ____ / 18 x 100 = _____			
Razão de BMQ: Total Score N / Total Score P = ____ / ____		N / P = _____	
Interpretação da Razão de BMQ 1			
Valores (N/P)	Compreensão da Necessidade de adesão à terapia		
< 1,0	Baixa Compreensão		
≥ 1,0	Boa Compreensão		
<i>Obs.: Após aplicar este instrumento, o resultado da interpretação deverá ser registrado em FO 04 ou em FO 05.</i>			

ANEXO O: Instrumento de Avaliação da Adesão ao Tratamento.

INSTRUMENTO ADHERENCE TO REFILLS AND MEDICATIONS SCALE (ARMS)				
<i>Adaptado de Kripalani S, Rissler J, Gatt ME, Jacobson TA. Development and evaluation of the Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) among low-literacy patients with chronic disease. Journal of the Inter. Soc. for Pharm. and Out. Research. 12(1):118-23, 2009.</i>				
Q Paciente é portador de doenças crônicas e possui baixo letramento em saúde?				
[] Não, Instrumento dispensado [] Sim, Aplicar o instrumento:				
Com que frequência você:	Nunca	As vezes	Quase sempre	Sempre
T1 - Esquece de tomar os seus medicamentos?	[1]	[2]	[3]	[4]
T2 - Decide não tomar os seus medicamentos naquele dia?	[1]	[2]	[3]	[4]
T3 - Deixa de tomar o seu medicamento porque vai a uma consulta médica?	[1]	[2]	[3]	[4]
T4 - Deixa de tomar o seu medicamento quando se sente melhor?	[1]	[2]	[3]	[4]
T5 - Deixa de tomar o seu medicamento quando se sente mal ou doente?	[1]	[2]	[3]	[4]
T6 - Deixa de tomar o seu medicamento quando está mais descuidado consigo mesmo?	[1]	[2]	[3]	[4]
T7 - Muda a dose do o seu medicamento por alguma necessidade? (como quando você toma mais ou menos comprimidos do que deveria tomar)	[1]	[2]	[3]	[4]
T8. Esquece de tomar o medicamento quando tem que tomar mais de uma vez ao dia?	[1]	[2]	[3]	[4]
Somatória dos fatores sobre a tomada dos medicamentos (T):	+	+	+	+
= Total Score: _____				
R1. Esquece de ir à farmácia pegar os seus medicamentos?	[1]	[2]	[3]	[4]
R2. Deixa acabar os seus medicamentos?	[1]	[2]	[3]	[4]
R3. Deixa de adquirir o seu medicamento por causa do preço muito caro?	[1]	[2]	[3]	[4]
R4. Antecipa-se e busca o seu medicamento na farmácia, antes mesmo de acabar o seu medicamento em casa?	[4]	[3]	[2]	[1]
Somatória dos fatores sobre o reabastecimento dos medicamentos (R):	+	+	+	+
= Total Score: _____				
Somatória Total: Total Score T + Total Score R =				
Interpretação dos Scores de ARMS				
Indicadores	Compreensão da adesão ao tratamento			
	Melhor Adesão	Pior Adesão	Fatores relacionados	
Total Score T	8 - 20	20 - 32	Tomada do medicamento	
Total Score R	4 -10	10 -16	Reabastecimento do medicamento	
Somatória Total	12 - 30	30 - 48	Tomada e Reabastecimento do medicamento	
<i>Obs.: Após aplicar este instrumento, o resultado da interpretação deverá ser registrado em FO 04 ou em FO 05.</i>				

ANEXO P: Encaminhamento de paciente à equipe multiprofissional

(F 12) – ENCAMINHAMENTO

Nome do Paciente:

À (AO): _____

Prezado,

O(a) paciente _____

À disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Maraba, _____ de _____ de _____.

Farmacêutico

ANEXO Q: Prescrição Farmacêutica

(F 13) – PRESCRIÇÃO FARMACÊUTICA

Nome do Paciente: _____

Contato: _____

1.

Marabá, _____ de _____ de _____

Farmacêutico

ANEXO R: Automonitoramento da pressão arterial.

(F 14) - AUTOMONITORAMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL

Nome:

Data:	Hora:	Medida 1: Medida 2: Medida 3:
Data:	Hora:	Medida 1: Medida 2: Medida 3:
Data:	Hora:	Medida 1: Medida 2: Medida 3:
Data:	Hora:	Medida 1: Medida 2: Medida 3:
Data:	Hora:	Medida 1: Medida 2: Medida 3:
Data:	Hora:	Medida 1: Medida 2: Medida 3:
Data:	Hora:	Medida 1: Medida 2: Medida 3:

INSTRUÇÕES:

- Antes das medidas, deve-se ficar pelo menos 5 minutos em repouso e estar 30 minutos sem fumar, sem ingerir cafeína ou bebida alcoólica e sem ter praticado exercícios físicos;
- Não utilizar roupas apertadas no braço no momento da medição;
- No momento da medição, ficar na posição sentada, em sala confortável, costas apoiadas e braço colocado sobre uma mesa com a palma da mão voltada para cima;
- Durante a medição, não se movimentar, permanecer imóvel, relaxado, pernas descruzadas e não falar;
- Ao efetuar várias medidas, fazer com intervalos de 1 minutos entre cada medida.
- Anotar o horário e o valor de cada medida.

ANEXO S: Automonitoramento residencial da pressão arterial.

(F 15) - MONITORAMENTO RESIDENCIAL DA PRESSÃO ARTERIAL (MRPA)

NOME:				
DIA	HORÁRIO	VALORES - MANHÃ	HORÁRIO	VALORES - NOITE
1° dia / /	-----:-----	Medida 1: Medida 2: Medida 3:	-----:-----	Medida 1: Medida 2: Medida 3:
2° dia / /	-----:-----	Medida 1: Medida 2: Medida 3:	-----:-----	Medida 1: Medida 2: Medida 3:
3° dia / /	-----:-----	Medida 1: Medida 2: Medida 3:	-----:-----	Medida 1: Medida 2: Medida 3:
4° dia / /	-----:-----	Medida 1: Medida 2: Medida 3:	-----:-----	Medida 1: Medida 2: Medida 3:
5° dia / /	-----:-----	Medida 1: Medida 2: Medida 3:	-----:-----	Medida 1: Medida 2: Medida 3:

INSTRUÇÕES:

- Efetuar 3 (três) medidas de manhã, antes da tomada dos medicamentos e antes do desjejum, e 3 (três) medidas à noite, antes do jantar, com intervalos de 1 minutos entre cada medida;
- Antes das medidas, deve-se esvaziar a bexiga, ficar pelo menos 5 minutos em repouso e estar 30 minutos sem fumar, sem ingerir cafeína ou bebida alcoólica e sem ter praticado exercícios físicos;
- Não utilizar roupas apertadas no braço no momento da medição;
- No momento da medição, ficar na posição sentada, em sala confortável, costas apoiadas e braço colocado sobre uma mesa com a palma da mão voltada para cima;
- Colocar o manguito no braço ao nível do coração;
- Durante a medição, não se movimentar, permanecer imóvel, relaxado, pernas descruzadas e não falar;
- Anotar o horário e o valor de cada medida.

ANEXO T: Automonitoramento da Glicemia.

(F 16) - AUTOMONITORAMENTO GLICÊMICO

Nome: _____

Data do Início do Monitoramento: ____/____/____

Data do término do monitoramento: ____/____/____

Horário	Dia 1	Dia 2	Dia 3
Jejum			
Após café da manhã			
Antes do almoço			
Após o almoço			
Antes do jantar			
Após o jantar			
Hora de Dormir			
Observações: Atividades fora da rotina, como: Festas, atividades físicas incomuns, jantares ou almoços diferentes, etc			

INSTRUÇÕES:

Obs.: Os espaços em branco na tabela indicam os horários nos quais devem ser realizadas as medidas.






1. Lavar e secar as mãos;
2. Preparar o lancetador com a lanceta;
3. Inserir a tira-teste com as barras de contato voltadas para cima na abertura de inserção do sensor;
4. O sensor automaticamente mostrará que já se pode colocar a gota de sangue;
5. Fazer a punção na lateral do dedo, usando um dispositivo de lancetagem recomendado, para obter a amostra de sangue adequada;
6. Quando o dispositivo indicar para colocar o sangue (desenho de uma gota piscando na tela), tocar a gota de sangue na área alvo da tira-teste até que a janela de confirmação esteja totalmente completa com sangue (a análise começará imediatamente);
7. Observar o resultado após alguns segundos; registrar o resultado obtido neste formulário;
8. Retirar a tira do medidor e descartá-la. Descartar a lanceta. Desligar o medidor.

ANEXO U: Calendário Posológico.

(F 17) – CALENDÁRIO POSOLÓGICO

Plano personalizado de Aconselhamento ao Paciente

Nome do paciente: _____ Data: ____ / ____ / ____

MEDICAMENTO (Princípio ativo / Concentração)	 CAFÉ DA MANHÃ		 ALMOÇO		 LANCHE		 JANTAR		 HORA DE DORMIR		SE NECESSÁRIO	OBSERVAÇÕES
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	-	-		

ORIENTAÇÕES ADICIONAIS: _____ FARMACÊUTICO RESPONSÁVEL: _____