

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
Faculdade de Ciências Farmacêuticas
Campus Araraquara

Intervenção Farmacêutica na Terapia Antirretroviral (TARV) em Pacientes Não cumpridores

Ana Clara Fulanetti Squilanti

Araraquara
2012

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Faculdade de Ciências Farmacêuticas

Campus Araraquara

Intervenção Farmacêutica na Terapia Antirretroviral (TARV) em Pacientes Não cumpridores

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Farmácia-Bioquímica da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” UNESP, para obtenção do grau de Farmacêutica-Bioquímica.

Orientada: Ana Clara Fulanetti Squilanti

Orientadora: Patrícia de Carvalho Mastroianni

Araraquara

2012

"A melhor forma de prever o futuro é cria-lo."
Peter Drucker

Agradecimentos

Aos meus pais, por todo o exemplo e força, e por sempre acreditarem em mim mais do que eu mesma.

Ao meu irmão, por me fazer compreender que se bem trabalhado, os opostos podem gerar muito potencial.

Às mais que amigas da República Krakatoa, família que eu escolhi, por todo o apoio, amizade e alegria. Vocês foram e sempre serão minha base em Araraquara.

À Rosa Camila Luchetta, por todo o companheirismo, ensinamento e confiança.

À Patrícia de Carvalho Mastroianni, por me mostrar que perseverança e paciência tem o efeito mágico de fazer as dificuldades desaparecerem e os obstáculos sumirem.

À Marisa Marques Monteiro, pela motivação e por ser um exemplo para mim.

Ao Centro Acadêmico de Ciências Farmacêutica e todos os seus membros, por toda a luta e aprendizagem, e todos os laços criados. O que eu sou hoje é consequência do nosso trabalho.

Aos meus amigos da Turma 79. Obrigada pela amizade, pelos puxões de orelha, pelo suporte. Obrigada por esses 5 maravilhosos anos.

À Faculdade de Ciências Farmacêuticas e todos seus incríveis funcionários.

À FAPESP pelo apoio financeiro.

Sumário

1. Introdução	8
2. Metodologia.....	14
3. Resultados.....	18
3.1 <i>Estado Inicial</i>	18
3.2 <i>Intervenção Farmacêutica</i>	21
3.3 <i>Intervenções Educativas</i>	26
3.4 <i>Resultados dos parâmetros avaliados no término das intervenções</i>	29
3.5 <i>Avaliação da satisfação com o acompanhamento farmacoterapêutico</i>	30
4. Discussão	32
5. Conclusão	38
6. Referências.....	39
 Anexos	 48

Resumo

Introdução: No Brasil, 190.000 pacientes HIV+ utilizam a terapia antirretroviral. Embora a distribuição da medicação seja gratuita, o problema enfrentado é a não adesão do paciente à terapia, que deve ser igual ou superior a 95%. A não adesão causa o aumento da carga viral, queda dos linfócitos CD4+ e resistência viral à medicação. A complexidade da farmacoterapia, as reações adversas à medicação e a falta de conhecimento sobre HIV e os hábitos necessários para cumprir a terapia comprometem a adesão. Embora o acompanhamento farmacêutico seja eficaz na promoção do cumprimento da terapia, faltam estudos que avaliem esta influência na adesão a TARV.

Objetivo: Propor um plano de Intervenções Farmacêuticas e Educativas para promover o cumprimento da TARV.

Método: Trata-se de um estudo prospectivo, qualitativo e semi-experimental, realizado com pacientes não cumpridores da terapia segundo o autorrelato. Foram realizados seis encontros, sendo o primeiro para anamnese, aplicação de questionários de avaliação da adesão e qualidade de vida e consulta a exames clínicos; os quatro seguintes para intervenções farmacêuticas e educativas, e o sexto para a avaliação dos mesmos critérios do primeiro encontro, e da satisfação quanto à intervenção. Os encontros contemplaram: intervenções educativas sobre a síndrome, a terapia e mudanças no estilo de vida, proposta de um instrumento para auxiliar na tomada da medicação e recomendação ao médico sobre a necessidade da avaliação laboratorial.

Resultados: Apenas dois pacientes participaram de todos os encontros. Estes pacientes apresentavam carga viral indetectável e contagem de linfócitos T CD4+ desejável, relataram não utilizar estratégias para lembrar-se de tomar a medicação e

possuíam pouco conhecimento sobre a doença e a terapia. Durante os encontros, estabeleceram-se plano de metas individuais, e foram propostas intervenções relacionadas à tomada de medicação, que foram auxiliadas e orientadas pelo instrumento proposto. Ao final do estudo foram solucionados alguns PRMs, agregou-se conhecimento, houve cumprimento da terapia, aumento da adesão e da qualidade de vida, no que diz respeito a preocupação com a doença, a necessidade de sigilo, a preocupação com a medicação, e aceitação da doença.

Conclusão: O plano de intervenção proposto melhorou o autocuidado e a percepção sobre a medicação, agregou conhecimento e promoveu o cumprimento da TARV. Sugere-se que as intervenções propostas podem ser benéficas mesmo para pacientes com efetividade terapêutica, porque melhoraram a adesão e a qualidade de vida.

Palavras-chave: atenção farmacêutica, terapia antirretroviral, adesão à medicação.

1. Introdução

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids – Acquired Immunodeficiency Syndrome) é o estágio mais avançado da infecção causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana - HIV (Human Immunodeficiency Virus), e chega a ser classificada como a maior epidemia dos tempos modernos.

O HIV infecta as células do sistema imune que possuem em sua superfície receptores CD4⁺, como macrófagos, células dendríticas, e principalmente linfócitos T, sendo a supressão da imunidade mediada por essas células a maior característica da doença (Abbas AK et al, 2008), que torna o indivíduo suscetível às infecções oportunistas, neoplasias secundárias, perda de peso e doenças neurológicas, que podem levar a morte (Lazzarotto AR et al, 2010).

A replicação e a propagação do vírus acontecem nessas células CD4⁺, que irão sofrer consequências diretas da infecção e causarão sua destruição, como toxicidade, destruição autoimune e apoptose (Walker BD, 2001). A evolução natural da infecção é, portanto, a queda da contagem dos linfócitos T CD4⁺ e o aumento da concentração viral.

A AIDS é diagnosticada quando a contagem de linfócitos CD4⁺ do indivíduo HIV positivo cai para menos de 350 células/ μ L, e é neste momento que se inicia o tratamento medicamentoso (Brasil, 2007).

Os medicamentos inibidores da replicação viral (antirretrovirais – ARV) auxiliam na reconstituição do sistema imune dos pacientes, porém dificilmente conseguem erradicar o vírus isoladamente, devido à complexidade da doença e dos reservatórios de HIV nas células (Weller IVD & Williams IG, 2001).

Os esquemas terapêuticos incluem geralmente o uso de três classes de fármacos antirretrovirais, caracterizando assim o “coquetel da AIDS”: os inibidores de transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (INTR), os inibidores de transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos (INNTR) e os inibidores de protease (IP). Dependendo do grau de infecção e resistência, outras classes podem ser utilizadas, como os inibidores de fusão (IF) (Weller IVD & Williams IG, 2001).

Devido às rápidas taxas de replicação e mutação do vírus HIV, ainda não é possível a eliminação completa do vírus no indivíduo infectado, porém tem-se garantido a supressão sustentada da sua carga viral em nível indetectável (< 50 cópias/mL) (Lazzarotto AR et al, 2010).

Para alguns autores, o uso da contagem de células T CD4+, como preditora do desfecho clínico para portadores de HIV, é mais relevante que a contagem da carga viral plasmática (Mellors JW et al, 1996; Yerly S et al, 2000 ; Piketty C et al, 2001).

Isso é defendido porque níveis baixos de carga viral não implicam que a replicação viral tenha realmente parado (Yerly S et al, 2000). Sendo assim, por mais baixa que seja a carga viral do paciente, os vírus continuam invadindo as células, e consequentemente as destruindo. O aumento das células T CD4+ pode ser associado, portanto, à melhora terapêutica.

Graças aos avanços tecnológicos e às pesquisas, que propiciam o desenvolvimento de medicamentos cada vez mais eficazes, e à experiência obtida ao longo dos anos por profissionais de saúde, os portadores do vírus podem ter uma sobrevida cada vez maior e de melhor qualidade (Brasil, 2010a; Palella et al, 1998).

No Brasil, 608.230 casos de HIV foram notificados até o presente momento, e cerca de 190.000 desses indivíduos utilizam a terapia antirretroviral (TARV) (Brasil,

2011; Brasil, 2010b). Desde 1996 o acesso à medicação é gratuito (Brasil, 1996), e como a AIDS assume características de doença crônica, o problema agora enfrentado é a não adesão do paciente à terapia, que ocorre entre 7 e 43% dos pacientes, dependendo da população alvo e tempo de TARV (Bonolo PF et al, 2005).

Para o manejo do HIV, há necessidade de quase perfeita adesão para obter o máximo benefício da terapia. Embora tenha características crônicas, o tratamento da AIDS difere dos outros tratamentos porque pode haver significantes consequências se o paciente não tomar as doses prescritas (Tuldra A & Wu AW, 2002). A supressão viral e o status da saúde em longo prazo estão diretamente associadas à adesão, e infelizmente a medição da adesão e as definições da não-adesão variam muito (Smith SR et al, 2003), porém, há um consenso de que para manter as taxas de replicação do vírus indetectável, faz-se necessário que o uso do esquema terapêutico da TARV seja igual ou superior a 95% das doses prescritas (Bangsbeger et al, 2000; Montaner et al, 1998; Paterson et al, 2000).

A adesão é um fenômeno complexo e dinâmico, e deve ser entendida como um processo de negociação entre o usuário e os profissionais de saúde, no qual são reconhecidas as responsabilidades específicas de cada um, que visa fortalecer a autonomia para o autocuidado (Brasil, 2008).

A não adesão pode estar associada a vários fatores, como a complexidade da farmacoterapia, a quantidade de comprimidos, reações adversas ao medicamento (RAM), falta de informação sobre o risco de não usar a medicação, baixa escolaridade, baixa renda e uso atual e abusivo de álcool (Guimarães MDC et al, 2008; Assis Acurcio F et al, 2006; Nemes MIB et al, 2009). A não aceitação da soropositividade, a falta de suporte social, informações inadequadas sobre a

enfermidade, relação insatisfatória com a equipe multiprofissional e dificuldade de organização para adequar sua rotina às exigências do tratamento também contribuem para a não adesão (Faustino QM & Seidl EMF, 2006).

Expectativas e crenças favoráveis com relação ao tratamento farmacológico podem facilitar seu maior seguimento, e essas expectativas associadas ao otimismo, a percepção de ausência de dificuldades e problemas com o tratamento são associadas ao maior grau de adesão ao tratamento (Remor E et al, 2007).

Os profissionais envolvidos no tratamento devem fornecer informações claras sobre como administrar a medicação, quais os possíveis efeitos adversos, e fazer discussões regulares das circunstâncias de esquecer-se de tomar a medicação. A relação entre a adesão e os parâmetros clínicos deve ser explicada, para que o paciente sozinho possa concluir o que é boa aderência (Candy B et al, 2011).

Intervenções educativas específicas e constantes, baseadas na da prática clínica e focadas no tratamento e suas necessidades, são úteis para manter altos níveis de adesão assim como bons níveis de supressão viral (Tuldra A et al, 2000).

Alto conhecimento sobre a farmacoterapia e a doença estão relacionados a adesão, uma vez que pode promover mudanças de atitude e aumentar a motivação. Um paciente que se esforça para aprender sobre a sua doença, também se esforçará para controlá-la (Weiss L et al, 2003).

É importante discutir quais as repercussões de não manter o tratamento também para pacientes que estão bem. A educação sobre a resistência viral é um importante tópico a ser abordado, e encorajar os médicos a discutirem sobre a medicação, e garantir o ensinamento sobre a medicação por parte dos farmacêuticos prediz a compreensão da resistência viral, e pode promover

progresso no conhecimento do paciente no que diz respeito a manter o tratamento (Racey CS et al, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), ao definir o papel do farmacêutico no sistema de atenção à saúde, considera a atenção farmacêutica (AF) de fundamental importância para o paciente e comunidade (OMS, 1993). De acordo com Hepler & Strand (1990) a AF caracteriza-se pela provisão responsável da farmacoterapia com o propósito de alcançar resultados definidos que aumentem a qualidade de vida do paciente.

A importância e complexidade do tratamento antirretroviral conferem ao farmacêutico o papel de promotor da farmacoterapia racional no processo de garantia da adesão, através de intervenções farmacêuticas (IF) e educativas (IE) visando o esclarecimento e orientações adequadas sobre a doença, os esquemas farmacoterapêuticos e medidas não farmacológicas (Brasil, 2010). Estudo realizado por Strand et al (2004), demonstra que nos 25 anos de experiência na prática da atenção farmacêutica, a atuação do farmacêutico junto a equipes de saúde traz inúmeros benefícios, com impacto clínico e econômico, resolvendo e prevenindo problemas com o tratamento farmacológico.

Intervenções realizadas por farmacêuticos com pacientes com histórico de baixa adesão, efeitos adversos e/ou toxicidade obtiveram significativo aumento no CD4+, diminuição da carga viral, e toxicidades dos medicamentos (March K et al, 2007). Intervenções e acompanhamento farmacêuticos realizados para prevenir potenciais problemas farmacoterapêuticos, além de melhorar a resposta imunológica, acabam por diminuir também os gastos relacionados ao tratamento (internações e uso de medicação) (Moriel P et al, 2011).

De acordo com Beith A & Johnson A (2006), intervenções individualizadas podem ser mais efetivas para promover a adesão: programas de melhoria à adesão da medicação individualizados são mais efetivos que os generalizados, assim como as intervenções de suporte individualizadas, uma vez que nelas o paciente consegue interagir e se comunicar melhor. Intervenções educativas oferecem oportunidade de prover informação aos pacientes, e promovem o maior impacto a longo tempo.

Ainda, é recomendada uma combinação de intervenções, que se complementem umas às outras, para produzir melhores resultados, do que intervenções isoladas que apresentam somente uma abordagem.

Uma vez que preocupações sobre a terapia estão associadas à queda da tomada da medicação com o tempo, deve-se saber que tipo de informação o paciente deseja receber, tanto sobre a doença quanto sobre o tratamento, e que possa promover uma mudança de atitude para adequar o tipo de intervenção a ser realizada (Gellaitry G et al, 2005).

Rathbun RC et al (2005) conduziu um estudo de intervenções de adesão durante 7 meses, que além do cuidado farmacêutico e monitoramento, contemplou educação sobre a melhor forma de administrar a terapia, alimentação, e efeitos adversos, e utilização de instrumentos para auxiliar na tomada da medicação no horário certo, e obteve melhora no cumprimento da terapia.

Um programa de adesão guiado por farmacêutico, que incluía encontros individualizados durante 6 meses reportou um aumento de 25% a proporção de pacientes com adesão igual ou superior a 95%, e aumento de 15% na proporção de pacientes com carga viral indetectável (Henderson KC, 2011).

Simoni JM et al (2010) relatou que intervenções que incluem abordagens de adesão no cuidado usual do farmacêutico obtém bons resultados. Abordagens multifacetadas, flexíveis e de longa duração são necessárias para atingir o sucesso, porém mais pesquisa e prática devem ser feitas, no que diz respeito também a intervenções que considerem os desafios que os pacientes em TARV enfrentam, e o que os influencia nas decisões relacionadas ao tratamento.

Ma A et al (2010) demonstrou que a presença do farmacêutico na equipe multidisciplinar do HIV traz substanciais contribuições, aumentando a adesão dos pacientes e suas respostas imunológicas, e que mais estudos devem ser feitos para corroborar esses resultados.

A inserção farmacêutica no cuidado à TARV, embora demonstre bons resultados, é relativamente nova, e possui poucos estudos relacionados, principalmente no Brasil. Mais pesquisa é indispensável para determinar o papel do farmacêutico na adesão à terapia, o tipo de intervenção ou combinação de intervenções que são mais efetivas, e quais os melhores parâmetros para analisar adesão. (Rathbun RC et al, 2005; Henderson KC et al, 2011).

Diante disto, se faz necessária a elaboração e planos de intervenção clínicos e educativos para promover o cumprimento da TARV, melhorar a efetividade da terapia e, por conseguinte, a qualidade de vida e segurança do paciente.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo prospectivo, qualitativo e semi-experimental, realizado no Serviço Especial de Saúde de Araraquara (SESA), única unidade de dispensação de medicamentos ARV da região.

O universo de pesquisa foram todos os pacientes do SESA cadastrados no programa DST/AIDS, encaminhados pela equipe multiprofissional, com histórico de não cumprimento da TARV. A amostra foi composta de 65 pacientes, dos 75 entrevistados em estudo prévio, identificados como não cumpridores da terapia em pelo menos um de três critérios pré-estabelecidos: autorrelato, retirada da medicação com atraso igual ou superior a dois dias, e carga viral acima de 400 cópias/mL.

Foram convidados a participar do estudo os 14 pacientes que foram identificados como não cumpridor, somente segundo o autorrelato.

Os Critérios de Inclusão foram pacientes não cumpridores da TARV, maiores de 18 anos que concordaram em participar do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), e os de exclusão foram pacientes transferidos para outras unidades de serviços de saúde e óbitos.

O cronograma de intervenção contemplou seis encontros:

I Encontro – a) apresentou-se o projeto e fez-se leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE (Anexo A); b) aplicaram-se os questionários “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral” (Anexo B) e SMAQ (Anexo C) (Remor et al, 2007; Knobel H et al, 2002); c) aplicou-se o formulário de atenção farmacêutica (Machuca, M et al, 2004) (Anexo D) para anamnese e identificação de possíveis problemas relacionados ao uso dos medicamentos; d) consultou-se o prontuário referente aos exames clínicos (carga viral e contagem de linfócitos T CD4+) e à retirada na farmácia dos medicamentos, nos últimos três meses; e) aplicou-se o questionário de qualidade de vida específico para pacientes portadores do vírus HIV (HAT-QoL) (De Soárez PC et al, 2009) (Anexo E);

II Encontro - a) apresentou-se o plano de metas elaborado para cada paciente, de acordo com os problemas relatados no primeiro encontro, e propôs-se um diário para o registro de tomada da medicação; b) Intervenção Educativa (IE) sobre HIV/AIDS;

III Encontro - a) acompanhamento do plano de metas, esclarecimentos das dúvidas e verificação de PRM; b) IE sobre a medicação utilizada;

IV Encontro - a) acompanhamento do plano de metas, esclarecimentos das dúvidas e verificação de PRM; b) IE sobre mudanças do estilo de vida;

V Encontro – a) acompanhamento do plano de metas, esclarecimentos das dúvidas e verificação de PRM;

VI Encontro - a) aplicaram-se os questionários SMAQ e CEAT-VIH, b) aplicou-se o questionário de qualidade de vida específico para pacientes portadores do vírus HIV (HAT-QoL) c) consultou-se o prontuário referente aos exames clínicos (carga viral e contagem de linfócitos T CD4+) e à retirada dos medicamentos nos últimos três meses; d) avaliou-se a satisfação da IF através de questionário adaptado de um questionário de avaliação de satisfação (Lyra Junior DP et al, 2005).

Cada encontro ocorreu com um intervalo de aproximadamente um mês, sendo que para o último foi de dois meses.

O conteúdo das Intervenções Educativas, bem como do material elaborado, foi diferente para cada intervenção.

A Intervenção Educativa sobre HIV/AIDS utilizou dois tipos de instrumento: apresentação de slides, com pequenos textos e figuras (Anexo I), e vídeo educativo (Anexo J), abordando sobre o que é o sistema imunológico e como ele funciona, o

que são linfócitos TCD4+ e qual sua relação com o vírus HIV, como ocorre a propagação do vírus no organismo, a diferença de HIV e AIDS, o que são doenças oportunistas, como ocorre a transmissão da doença e o que envolve a adesão ao tratamento.

A Intervenção Educativa sobre a farmacoterapia foi elaborada visando explicar da forma mais simples possível, os mecanismos que envolvem a replicação viral dentro da célula, o modo individualizado como as medicações impedem essa replicação, o porquê da administração do medicamento com ou sem alimento, o que pode ocorrer no organismo caso o medicamento não seja administrado da forma recomendada, como funciona e o que está envolvido na resistência.

Essa intervenção utilizou somente slides como material didático (Anexo K), e para os personagens e conteúdos abordados nessa intervenção que se repetiam, como os vírus e a analogia aos linfócitos, utilizou-se as mesmas figuras da intervenção anterior, a fim de que o paciente pudesse assimilar melhor os conteúdos.

Como os pacientes possuíam regimes terapêuticos diferentes, as intervenções tiveram partes individualizadas. Os exemplos de medicação utilizados para demonstrar os mecanismos de ação dos fármacos correspondiam aos medicamentos que o próprio paciente utilizava.

A IE sobre Estilo de Vida abordou sobre medidas não farmacológicas, como a importância da moderação do consumo do álcool, da reeducação alimentar e atividade física. Essa intervenção utilizou também somente slides como material didático também (Anexo L)

3. Resultados

Dos 14 pacientes que foram convidados a participar do estudo, apenas oito concordaram em participar, porém somente quatro compareceram ao primeiro encontro. Dentre esses quatro, dois pacientes não compareceram ao segundo encontro e dessa forma, foram excluídos. Nos dois casos, os pacientes se ausentaram três vezes ao agendamento.

Durante as tentativas de agendamento os pacientes eram contatados pelo telefone, e tanto os horários, quanto os locais dos encontros, eram marcados de acordo com a disponibilidade dos pacientes.

O estudo foi finalizado com apenas dois pacientes que participaram de todos os encontros propostos (L.A., 48 anos e L.C., 56 anos).

3.1 Estado Inicial

Os valores de contagem de linfócitos e carga viral de T_0 (Tabela 1) equivalem aos exames realizados um mês antes das intervenções.

Os pacientes inicialmente possuíam carga viral indetectável, e contagem de linfócitos acima de 350 células/ μ L, estavam com a retirada de medicamentos na farmácia dentro do prazo, e eram não-cumpridores, portanto, somente segundo o autorrelato (Tabela 1).

No primeiro encontro, realizou-se aplicação dos questionários de adesão e qualidade de vida, e entrevista com os pacientes a fim de se consultar o histórico de medicação, detecção de possíveis problemas relacionados à medicação, e

anamnese. Coletaram-se também outros dados a respeito dos hábitos, dieta e atividade física (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociais, demográficas, estilo de vida, parâmetros clínicos, de qualidade de vida e de adesão, e problemas relacionados a medicação de pacientes em TARV (N=2) – Araraquara –SP

Características	Pacientes			
	L.A., 48 anos	L.C., 56 anos		
Etnia	Branco	Branco		
Sexo	Masculino	Masculino		
Estado civil	Viúvo	Viúvo		
Sociodemográficas				
Alfabetização	Sim	Sim		
Escolaridade	1º grau	2º grau		
Ocupação profissional	Servente de pedreiro aposentado	Vigia aposentado		
Vive sozinho	Não	Sim		
Hábitos				
Uso de tabaco	Ausente	Ausente (parou há 2 anos)		
Uso de álcool	Raro	Diário		
Atividade física	Caminhada	Caminhada		
Clínicas				
	T ₀	T _F	T ₀	T _F
Carga Viral (cópias/mL) ¹	Indetectável	Indetectável	Indetectável	Indetectável
Linfócitos TCD4+ (células/μL) ²	798	838	667	550
Medicação TARV, posologia e forma de administração recomendada	ATV 300mg	1 cps/dia	ATV 300mg	1 cps/dia
	RTV 100mg	1 cps/dia	RTV 100mg	1 cps/dia
	TDF 300mg	1 cpr/dia	TDF 300mg	1 cpr/dia
	3TC 150mg	1 cpr a cada 12h	3TC 150mg	1 cpr a cada 12h
			SQV 200mg	5 cps a cada 12h

Outra medicação utilizada	Não		Sim, aciclovir (5 vezes/dia) e omeprazol	
Número diário de comprimidos	5		23	
Qualidade de Vida				
Questionário HAT-Qol	T ₀	T _F	T ₀	T _F
Domínios (escala de 0 a 100)				
Função geral	83,3	95,8	83,3	83,3
Satisfação com a vida:	75	93,75	87,5	93,75
Preocupação com a saúde	81,2	93,75	62,5	93,75
Preocupações financeiras	8,3	91,63	41,7	83,3
Preocupações com a medicação	95	100	35	40
Aceitação do HIV	50	100	100	100
Preocupações com o sigilo	90	100	60	85
Confiança na equipe multiprofissional	91,6	33,3	100	91,63
Função sexual	87,5	87,5	75	75
Adesão				
Questionário SMAQ	Não cumpridor	Cumpridor	Não cumpridor	Cumpridor
Questionário CEAT-VIH (escala de 17 a 89)**	76	85	70	75
Retirada da medicação	Em dia	Em dia	Em dia	Em dia

*Medicação antirretroviral: ATV(atazanavir), LPV (lopinavir), RTV(ritonavir)e SQV(saquinavir): inibidor de protease; 3TC (lamivudina), AZT (zidovudina) e TDF (tenofovir): inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa; EFZ (efavirenz): inibidor não nucleosídeo da transcriptase reversa

¹ A tava de vírus é considerada indetectável quando há há <50 cópias de vírus/mL de sangue

² Para contagem de T CD4+ <200 células/μL é considerada alta viremia

³Apresentação dos nove domínios avaliados na escala de qualidade de vida HAT-QoL,considerando uma escala de 0 a 100 (escores mínimo e máximo, respectivamente)

⁴Escala de 17 a 89 (escores mínimo e máximo, respectivamente)

3.2 Intervenção Farmacêutica

Após consulta ao prontuário e levantamento bibliográfico acerca da medicação, estabeleceu-se um plano individual para cada paciente segundo a sua farmacoterapia, as suas necessidades terapêuticas, e problemas relacionados aos medicamentos. Os principais problemas de saúde relatados pelos pacientes foram cefaleia e desconforto gastrointestinal. Alguns problemas de saúde relatados podem estar associados ao uso da medicação, e há alguns problemas potenciais relacionados à medicação (Tabela 2).

Foram propostas intervenções relacionadas à tomada de medicação a fim de aumentar a efetividade e a segurança, de acordo com a forma e periodicidade de administrações adequadas (Tabela 3).

Para orientar a mudança na tomada dos medicamentos, bem como auxiliar o paciente a lembrar-se das tomadas no horário apropriado, elaboraram-se diários individualizados de registro de tomada de medicação de acordo com suas rotinas (Anexo G).

O diário cruza informações sobre a medicação, o dia que ela deve ser tomada, o período, a posologia e a forma de administração.

O paciente L.C. faz uso de outras medicações além dos ARV, e estas foram incluídas em sua tabela, de acordo com sua forma de administração e posologia.

Estabeleceu-se também um plano de metas para cada paciente, que foi semelhante aos dois, e contemplou: administrar os medicamentos de forma correta e no horário certo com maior rigor, aumentar a contagem de linfócitos TCD4+, melhorar o conhecimento sobre a síndrome e a farmacoterapia, e diminuir o desconforto gástrico.

No segundo encontro apresentou-se e explicou-se o plano de metas e o diário de registro de tomada de medicação, e o cronograma das intervenções. Os pacientes consentiram com o que foi proposto, e reconheceram a necessidade de mudança.

Em todos os encontros subsequentes, realizaram-se novas entrevistas acerca dos problemas de saúde e bem estar dos pacientes, acompanhamento do plano de metas e feedback do uso do diário proposto.

Diferente do esperado, os pacientes completaram os espaços do diário, elaborados para marcar quando a medicação havia sido tomada, com o horário em que foi realizada a administração, ao invés de somente marcar o local com um “X”, por exemplo.

O paciente L.C. foi bem sincero quanto ao uso do diário, e nos dias em que tomou a medicação no horário diferente do proposto, anotou o horário da tomada. Relatou que a tabela o estava ajudando a tomar a medicação no horário certo, visto que antes, sem algo para lembrá-lo, chegava a tomar a medicação com um atraso de uma a três. Já o paciente L.A. disse que já estava acostumado a tomar a medicação no horário correto, pois a utiliza há muitos anos, então o diário foi não teve impacto na tomada da medicação.

Quanto aos problemas de saúde relatados no primeiro encontro, poucos persistiram nos demais encontros, e alguns PRMs detectados foram então descartados, e outros foram detectados no decorrer dos demais encontros (Tabela 2).

Após o terceiro encontro, realizou-se encontro com o médico dos pacientes, em que apresentaram-se as recomendações resultantes da análise da farmacoterapia dos pacientes, e a solicitação de exames que não constavam no

prontuário e que auxiliariam na detecção de PRMs (como colesterolemia e função renal) . As recomendações e sugestões foram registradas em uma carta, que foi encaminhada à equipe multiprofissional (Anexo H).

Além da TARV, o paciente L.C. faz uso contínuo de aciclovir, devido a uma herpes ocular que teve há anos. O paciente chegou a perder a visão totalmente em decorrência da infecção, e atualmente recuperou cerca de 60% dela. O uso da medicação já ocorre há cinco anos, porém na literatura não há relatos sobre o uso contínuo acima de 12 meses (Wolf R et al, 2003; Uchoa UBC et al, 2011). Mesmo assim, o uso profilático contínuo da medicação é preocupante, devido ao potencial desenvolvimento de resistência, e a toxicidade ou desenvolvimento de efeitos colaterais (como cefaleia, náusea e falência renal) (Wolf R et al, 2003; Kenneth A et al, 1988).

Os encontros duraram em média 40 minutos no primeiro, 45 minutos no segundo, 40 minutos no terceiro, 35 minutos no quarto, e 20 minutos no quinto e sexto.

Tabela 2 – Problemas de saúdes relatados pelos pacientes e possíveis efeitos adversos relacionados com a Terapia Antirretroviral (TARV) nos pacientes que receberam intervenções farmacêutica por sete meses (08/12 – 02/12)

Pacientes	Problemas de Saúde e Preocupações Relatados						PRM	
	1º encontro	2ª encontro	3º encontro	4º encontro	5º encontro	6º encontro	Efetividade	Segurança
L.A., 48 anos	Cefaleia leve e constante. Um episódio de parestesias nas mãos e pernas. Dificuldade de deglutição do medicamento.	Cefaleia leve e constante. Dificuldades para enxergar e para ouvir. Desconforto gastrointestinal	Nenhum novo	Nenhum novo	Insônia	Cefaleia leve e constante. Dificuldades para enxergar e para ouvir. Desconforto gastrointestinal	Administração em horário errado – 3TC RTV, TDF e ATV	Nefrotoxicidade – ATV, TDF e RTV
	Dificuldades para enxergar, e para ouvir. Dores nas pernas e na coluna. Diarreia. Desconforto gastrointestinal						Administração de forma errada - RTV, TDF e ATV	Cefaleia Náusea e diarreia Aumentos dos níveis de colesterol - TDF
L.C., 56 anos	Cefaleia. Dificuldade de deglutição do medicamento. Dor no estômago. Cegueira.						Administração em horário errado – 3TC	Nefrotoxicidade – ATV, TDF e aciclovir
	Emagrecimento. Coceira nas pernas. Esfarelamento da pele dos pés. Dores nos braços e no dedo dos pés. Desconforto gastrointestinal	Desconforto gastrointestinal	Nenhum novo	Nenhum novo	Nenhum novo	Somente desconforto gastrointestinal	Tratamento descontinuo – omeprazol	Dosagem indevida - Omeprazol
							Uso prolongado – aciclovir	Cefaleia e Náusea
								Aumentos dos níveis de colesterol - TDF

PRM: Problema Relacionado a Medicação. Medicação antirretroviral: ATV(atazanavir), RTV(ritonavir); inibidor de protease; 3TC (lamivudina), TDF (tenofovir); inibidores

nucleosídeos da transcriptase reversa.

Tabela 3 – Problemas relacionados à medicação e propostas de solução aos pacientes em TARV que receberam intervenções farmacêutica por sete meses (08/11 – 02/12)

Paciente	Problemas relacionados à medicação	Alterações propostas	Resposta	Referências
L.A.	Administração conjunta dos medicamentos diurnos (3TC, RTV, TDF e ATV), sem alimento	Administração da 3TC antes da alimentação. Administração de TDF, RTV e ATV com alimento	O paciente concordou com a mudança O paciente concordou com a mudança	Muñoz PA et al, 2006; Chapman T et al, 2003; Flexner C, 1998; Goldsmith DR & Perry CM, 2003; Brunton L et al, 2006
	Aumento dos níveis de colesterol	Solicitação de exames de colesterol e triglicérides	Níveis de colesterol e triglicérides dentro dos valores considerados normais	Purnell JQ et al, 2000.
	Potencial Nefrotoxicidade	Solicitação de exames de avaliação renal	Funcionamento renal normal	Kalyesubula R & Perazella MA, 2011; Neto R et al, 2007.
	Náuseas	-	Todos os medicamentos ARV causam desconforto gastrointestinal	Carr A and Cooper DA, 2000).
	Problemas para deglutir a medicação	Administrar os medicamentos com bebidas geladas	Melhorou o incômodo	
L.C.	Administração não contínua do omeprazol	Administração diária do omeprazol	O paciente concordou com a mudança	Brunton L et al, 2006.
	Administração de omeprazol acima da dose recomendada	Administração do omeprazol uma vez ao dia, pela manhã	O paciente concordou com a mudança (Administração diária, em jejum pela manhã)	Zhu L et al, 2011
	Administração conjunta dos medicamentos diurnos	Administração da 3TC antes da alimentação	O paciente concordou com a mudança	Muñoz PA et al, 2006;
	Aumento dos níveis de colesterol	Solicitação de exames de colesterol e triglicérides	Níveis de colesterol e triglicérides dentro dos valores considerados normais	Purnell JQ et al, 2000.
	Potencial Nefrotoxicidade	Solicitação de exames de avaliação renal	Funcionamento renal normal	Kalyesubula R & Perazella MA, 2011; Neto R et al, 2007.

Náuseas	-	Todos os medicamentos ARV causam desconforto gastrointestinal	Carr A and Cooper DA, 2000).
Problemas para deglutir a medicação	Administrar os medicamentos com bebidas geladas	Não melhorou o incômodo	

PRM: Problema Relacionado a Medicação. Medicação antirretroviral: ATV(atazanavir), RTV(ritonavir): inibidor de protease; 3TC (lamivudina), TDF (tenofovir): inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa.

3.3 Intervenções Educativas

Além da detecção e solução de PRMs, realizaram-se intervenções educativas nos encontros dois, três e quatro.

Antes de cada intervenção, os pacientes eram requisitados a responder perguntas a respeito do tema a ser abordado pelo interventor, a fim de se identificar o conhecimento prévio dos pacientes. No encontro subsequente, eles eram requisitados a responder outras perguntas sobre o tema que foi abordado, a fim de conferir se conhecimento foi agregado (Tabela 4).

Na primeira IE (Anexos I e J), sobre HIV/AIDS, realizada no segundo encontro, os pacientes se manifestaram interessados, fizeram perguntas, e demonstraram ter conhecimento prévio sobre a doença e seu modo de transmissão, e alguma noção sobre resistência.

A segunda IE, que abordou a Farmacoterapia (Anexo K), devido à complexidade do conteúdo, realizou-se paulatina e cuidadosamente, e os pacientes foram constantemente indagados se haviam compreendido o que lhes havia sido ensinado. Caso o paciente demonstrasse um comportamento duvidoso de compreensão, como olhares dispersos, a explicação era reiterada.

Mesmo assim, os pacientes não fizeram muitas perguntas, e se mostraram dispersos em vários momentos da intervenção.

O uso de associações e metáforas foi constante durante a intervenção, e os pacientes demonstravam compreender mais o conteúdo nesses momentos.

Utilizou-se como técnica associações e metáfora durante a intervenção, evidenciando melhor compreensão. Comparou-se a farmacoterapia a um time de futebol, onde cada jogador possui sua função, e caso um falhe no seu trabalho, há outro jogador para auxiliá-lo, e assim, trabalhando em conjunto, a chance de sucesso é maior, e que na terapia funciona igual, visto que são administrados medicamentos diferentes, com mecanismos de ação ou características diferentes, com o intuito de cooperar e atingir o sucesso terapêutico.

Na terceira IE sobre Estilo de Vida (Alimentação e Hábitos)(Anexo L), os pacientes foram indagados se gostariam de realizar um teste validado sobre seu consumo de álcool (The Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT. Allen JP et al, 2001), para que o perfil de consumo pudesse ser avaliado. Dependendo o resultado do teste, a IE contemplaria uma breve intervenção sobre consumo de álcool, uma vez que seu alto consumo pode acelerar a progressão da doença (Hahn JA e Samet JF, 2010).

O paciente L.A. obteve o score de 5 pontos, que evidencia baixo consumo, e sua intervenção sobre álcool foi simplificada. O score do paciente L.C. foi de 11 pontos, que evidencia um consumo moderado, e sugere uma breve intervenção sobre os riscos do uso do álcool (Allen JP et al, 2001).

Durante essa intervenção, os pacientes relataram se alimentar bem, e sugeriu-se adicionar às suas dietas mais alimentos que contenham vitaminas e minerais que fortalecem o sistema imunológico, diminuem os riscos de progressão

da doença, e são possíveis agentes anti-virais do HIV (vitaminas A, B, selênio e zinco) (Patrick L, 1999; Patrick L, 2000).

Nessa intervenção os pacientes se mostraram mais participativos, e forneceram mais informações tanto a respeito de seus hábitos, quanto de suas histórias de vida.

Tabela 4 – Conhecimento sobre HIV/AIDS, Farmacoterapia e Estilo de Vida prévio e posterior às Intervenções Educativas

Intervenção Educativa	Pacientes			
	L.A.			L.C.
	Conhecimento pré-intervenção	Conhecimento pós intervenção	Conhecimento pré-intervenção	Conhecimento pós intervenção
1ª) HIV/AIDS	HIV é o vírus transmissor da doença, e HIV é a doença avançada. O vírus diminui a resistência para outras doenças	O paciente relatou agora compreender porque a carga viral se demonstra indetectável	HIV é o vírus incubado, e AIDS é quando ele manifesta	-
2ª) Farmacoterapia	O paciente relatou não saber nada sobre a medicação, nem por que toma tantos medicamentos. Disse que isso nunca lhe foi explicado.	O paciente demonstrou não se lembrar muito da intervenção. Propôs desjejuar pela manhã para administrar os medicamentos com alimento	O paciente relatou não saber por que tomava tantos medicamentos, nem porque toma em jejum ou não. Disse que a medicação é utilizada para controlar o vírus, para ele não aumentar. Disse que nunca lhe foi explicado nada a fundo. Aos finais de semana administrava a medicação toda de uma vez, quando não a esquecia.	O paciente disse que cada remédio possui sua função, cada um combate de um jeito diferente. "Resistência seria o vírus atacar as células, se tem que tomar de 12 em 12h, tem que tomar certo, se não pega resistência". Passou a administrar com mais rigor nos finais de semana, e mesmo que vá a algum evento, administra a medicação, pois "compreendeu a necessidade do rigor"

3ª) Estilo de Vida (Alimentação e hábitos)	O paciente realizava somente duas refeições diárias, e não tinha o costume de realizar exercício físico. Já sabia que a medicação podia causar lipodistrofia, pois já sofreu disso	Concordou em tentar se alimentar mais vezes ao dia, mas disse que é difícil alterar a rotina a qual está habituado	O paciente bebia pouca água, e bebia duas garrafas de 600mL de cerveja por dia	O paciente passou a beber mais água, e diminuiu o consumo de álcool para duas latas de cerveja
---	--	--	--	--

3.4 Resultados dos parâmetros avaliados no término das intervenções

Os valores de contagem de linfócitos e carga viral de T_F correspondem aos exames realizados um mês após o fim das intervenções no caso do paciente L.A., e dois meses do paciente L.C (Tabela 1).

A carga viral dos pacientes permaneceu indetectável, houve um pequeno aumento da contagem de linfócitos do paciente LA e uma pequena queda no paciente LC, e a retirada da medicação continuou no prazo.

Os pacientes agregaram conhecimento com as intervenções educativas (Tabela 4), e comparando-se os questionários de Qualidade de Vida (HAT-Qol) e Adesão (CEAT-VIH) aplicados no primeiro e último encontro, notamos que houve um aumento dos dois parâmetros (Tabela 1), e que os pacientes hoje são classificados como cumpridores (SMAQ).

No questionário CEAT-VIH, os dois pacientes aumentaram sua pontuação devido às mudanças nas respostas das perguntas: “Deixou de tomar sua medicação alguma vez?”, “Quanto você se esforça para seguir com o tratamento?”, “Quanta informação você tem sobre os medicamentos que toma para o HIV?” e “Quanto

benefício pode lhe trazer o uso destes medicamentos?”, “Quanta informação você tem sobre os medicamentos que toma para o HIV?”, sendo que nesta última, a resposta do paciente L.A. passou de “nada” para “regular”, e a do paciente L.C de “pouco” para “bastante”.

Também no questionário CEAT-VIH, diferente do esperado, os dois pacientes responderam “Não” à questão “Utiliza alguma estratégia para lembrar-se de tomar a medicação?”, o que demonstra que os pacientes podem não ter compreendido o significado de “estratégia”, visto que o objetivo do diário para registro de tomada de medicação foi de ser um instrumento que auxiliasse na recordação da medicação, e que durante os encontros os pacientes relataram que o diário os estava ajudando nisso.

3.5 Avaliação da satisfação com o acompanhamento farmacoterapêutico

O questionário utilizado para a avaliação da satisfação analisou além da satisfação geral das intervenções, a qualidade da orientação, a consideração do farmacêutico com o paciente, a competência profissional e o manejo da farmacoterapia (Larson LN et al, 2002).

Os pacientes se mostraram muito satisfeitos com a intervenção tanto nas questões de múltipla escolha (Tabela 5), quanto nas questões abertas, sendo que os pacientes L.C. e L.A. relataram respectivamente que a farmacêutica significava uma amiga e uma melhora para sua saúde, e que o atendimento farmacêutico significou uma aprendizagem, e que os auxiliou muito a compreender a doença.

Tabela 5 – Resultados da avaliação da satisfação do atendimento farmacêutico prestado

Questões	Pacientes	
	L.A.	L.C.
1. As farmacêuticas ficam com o sr tanto tempo quanto necessário?	100	100
2.As farmacêuticas explicam os possíveis efeitos colaterais que um novo medicamento pode causar ao sr?	100	100
3.Se o sr tem alguma dúvida sobre sua prescrição, as farmacêuticas estão disponíveis para lhe orientar?	100	100
4.As farmacêuticas sabem explicar as coisas de um modo que o sr entenda?	100	100
5.As farmacêuticas são suficientemente detalhistas?	100	100
6.As farmacêuticas confirmam se o sr entendeu como tomar os medicamentos?	100	100
7.Algumas vezes, as farmacêuticas não ficam tempo suficiente com o sr?	100	100
8.As farmacêuticas são amigáveis com o sr?	100	100
9.As farmacêuticas são profissionais competentes?	100	100
10.O sr tem que esperar muito tempo antes que consiga ser atendido pelas farmacêuticas?	0	0
11.O sr tem dificuldade de entender as farmacêuticas?	60	60
12.As farmacêuticas se interessam sinceramente pelo sr, como pessoa?	80	100
13.Há muitas distrações, na sala, que fazem com que o sr não receba um bom atendimento?	0	0
14.O sr está satisfeito com a atendimento que está recebendo das farmacêuticas?	100	100

4. Discussão

As intervenções realizadas contribuíram para a melhora do conhecimento dos pacientes (Tabela 4). Os dois pacientes demonstraram inicialmente ter conhecimentos prévios sobre a doença, talvez devido às informações que as campanhas e a mídia fornecem além das orientações dadas pela equipe multiprofissional, porém nenhuma sobre a farmacoterapia.

Abordar como o vírus se multiplica, e como os medicamentos antirretrovirais impedem essa a multiplicação, é essencial para que o paciente compreenda que a AIDS possui tratamento, por mais que não haja cura, e quais são as razões do uso dos medicamentos, mesmo quando o indivíduo se encontra em boas condições de saúde.

Todas as abordagens devem ser baseadas efetivamente na comunicação com os pacientes, incentivando-os a se tornarem os verdadeiros protagonistas de seu cuidado (Tuldra A & Wu AW, 2002).

A complexidade da Intervenção Educativa sobre a Farmacoterapia pode ser a causa da dispersão dos pacientes em vários momentos da intervenção. Por mais que essa IE tenha sido contextualizada na IE anterior, que o uso de analogias tenha sido constante, e que a mídia constantemente aborda temas científicos, termos como célula, material genético e resistência não são constantes em suas rotinas.

Para intervenções futuras, se faz necessário readequar a linguagem e o conteúdo da intervenção, visto que o paciente deve ter um completo entendimento do plano terapêutico e das potenciais consequências de não cumpri-lo para manter o tratamento (Racey CS et al, 2010).

Observou-se que o material didático elaborado auxiliou na explicação e na compreensão das intervenções, e não deve ser utilizado como única fonte de informação. A maior parte da intervenção foi realizada através do diálogo e o objetivo maior do material é ser um guia.

O cumprimento da terapia e a melhora da adesão (Tabela 1) estão associados ao conhecimento adquirido pelos pacientes, visto que a falta de conhecimento sobre o tratamento dificulta o seu comprometimento em mantê-lo, e porque o alto conhecimento sobre a farmacoterapia e a doença promovem a adesão (Wolf MS et al, 2005; Weiss L et al, 2003).

A aquisição do conhecimento refletiu também na qualidade de vida dos pacientes, pois houve melhora na autoconfiança, no autocuidado, e no entendimento sobre a sua medicação, o que pode ser observado na pontuação sobre os parâmetros preocupações com a saúde, preocupações com a medicação, aceitação do HIV e preocupações com o sigilo do questionário HAT-Qol (Tabela 1).

Quanto às intervenções farmacêuticas, alguns PRMs foram resolvidos e outros não, além de alguns terem sido potenciais (Tabela 3). Os PRM que os pacientes possuíam estavam relacionados a administração errônea da medicação (seja na forma de administração, ou no horário).

Os pacientes alteraram seus horários e formas de administração dos medicamentos como proposto, porém mesmo com as alterações realizadas, o desconforto gastrointestinal e a dificuldade de deglutição permaneceram para o paciente L.C. Esses problemas podem estar associados não só aos efeitos adversos da medicação (Carr A & Cooper DA, 2000), mas a grande quantidade de medicação utilizada pela paciente, uma vez que ele administra diariamente 21 comprimidos/cápsulas.

A substituição e eliminação de alguns medicamentos poderiam sanar esses problemas, e aumentar a adesão, visto que em estudo prévio (Ma A et al, 2010), o farmacêutico responsável pela intervenção alterou o esquema terapêutico dos pacientes, eliminando ARV que necessitavam múltiplas doses, e minimizando ARV que causavam muitos efeitos adversos, e obteve esses resultados, porém neste estudo não foram contempladas alterações no esquema terapêutico. Os efeitos adversos e a complexidade do regime terapêutico podem exercer influência sobre a adesão ao tratamento, visto que existe uma relação inversa entre o número de comprimidos receitados e o grau de adesão (Catz SL et al, 2000).

O instrumento proposto (diário de tomada de medicação) auxiliou na adequação dos horários de tomada da medicação, principalmente para o paciente L.C. No último encontro, foi fornecida aos pacientes a mesma tabela, porém sem os espaços para completar, com o intuito de servir como lembrete, uma vez que os pacientes agora são independentes do farmacêutico.

O uso da tabela para lembrar-se de tomar a medicação é muito útil para prevenir e orientar sobre o esquema terapêutico, horários e recomendações quanto à ingestão dos medicamentos, prevenindo assim erros, esquecimento e incompreensão (Brasil, 2010b). O uso de outros instrumentos, como dispositivos eletrônicos, como recordações em mensagens de texto em celulares e pagers, alarmes e telefonemas, são muito benéficos para a recordação (Fenerty SD et al, 2012; Beith A & Johnson A, 2006), e podem ser utilizados como recursos para futuros estudos, caso o uso destes eletrônicos faça parte da rotina e hábito dos pacientes.

Quanto à contagem de linfócitos (Tabela 1), o paciente L.C. obteve uma queda na contagem, comparando-se T_0 e T_F , porém, quando realizada pesquisa das

dos últimos anos, descobriu-se que o valor de 667cél/s/ μ L (T_0) corresponde a maior contagem de linfócitos já encontrada do paciente, e que todas as outras contagens se encontram na faixa de 468 cél/s/ μ L a 580 cél/s/ μ L.

Se formos comparar T_F com os valores normais de contagem do paciente, não houve melhora, nem prejuízo da saúde.

O paciente L.A. obteve um aumento da contagem, porém relata-se que o aumento é significativo quando há é de 50 -150 células/ mm^3 por ano, com uma acelerada resposta nos três primeiros meses de intervenção (DHHS, 2008), e o aumento obtido foi de 40 células/ mm^3 .

De acordo com o relato dos pacientes, e com o resultado dos questionários, conclui-se que houve melhora da adesão e do cumprimento, porém essa melhora não se evidencia nos resultados clínicos, uma vez que os pacientes já estavam dentro dos limites desejáveis.

Esse resultado foi semelhante ao de Goujard C et al (2003), onde um consistente impacto no conhecimento foi encontrado, mas a resposta imunológica não refletiu a melhora da saúde global, e ao de Henderson KC et al (2011), onde houve melhora da adesão a terapia e os pacientes relatam terem alterado seu comportamento, e estarem cumprindo no mínimo 95% da terapia, porém os parâmetros clínicos não mudaram.

Isso pode estar relacionado à boa adesão já apresentada pelos pacientes, (Goujard C et al, 2003), e ao curto período de intervenção (Henderson KC et al, 2011), e também porque os pacientes já possuíam os parâmetros clínicos satisfatórios, dificultando a medição do impacto da intervenção, neste quesito.

Pacientes com parâmetros clínicos insatisfatórios e baixa adesão apresentam resultados finais mais significativos, mesmo com intervenções de curto período (Molassiotis A et al, 2003; Rathbun RC et al, 2005; March K et al, 2007).

Sendo assim, é mais fácil analisar os resultados em pacientes não cumpridores em mais de um parâmetro (como retirada da medicação e autorrelato, autorrelato e carga viral, retirada de medicação e contagem de linfócitos).

Ainda, o uso de somente um tipo de indicador no estudo proporciona uma percepção limitada do cumprimento, porque, embora essencial para analisar a percepção do paciente sob seu tratamento, o autorrelato pode ser subjetivo e talvez não seja o melhor método de se analisar adesão isoladamente (Bonolo PF et al, 2007, Johnson MO et al, 2007), uma vez que além da sua imprecisão, pode superestimar a adesão em 20% ou mais (Wagner GJ & Rabkin JG, 2000).

A combinação de dois métodos ou mais auxilia no processo de aferição e monitoramento da adesão, visto que cada método apresenta vantagens e desvantagens, e devem ser utilizados de acordo com a realidade dos diferentes contextos socioculturais e econômicos (Polejack L & Seidl, EMF 2004).

O uso de dispositivos eletrônicos, como os *electronical medicam records* (EMR) facilitam a identificação de problemas e auxiliam na aferição da adesão, porém são caros e pouco utilizados devido a isso. A intervenção e seus instrumentos utilizados devem apresentar resultados que justifiquem os custos associados a eles (Braithwaite RS et al, 2010). No caso do Sistema Único de Saúde, o uso de instrumentos como esse é inviável, devido ao seu alto custo.

A alta perda da amostra do estudo evidencia a dificuldade de realização de trabalhos que envolvem intervenções com pacientes. Observa-se que os pacientes com HIV/AIDS requerem estratégias de acompanhamento diferenciadas, devido a

todos os cuidados e particularidades da TARV e da doença. O paciente necessita adequar a sua rotina às necessidades farmacoterapêuticas, como a administração diária e às vezes constante da medicação, e de muitas consultas e exames, que refletem em faltas ou atrasos no trabalho (Garrido PB et al, 2007).

Os pacientes com HIV/AIDS possuem em sua maioria baixa qualidade de vida no que diz respeito a relações sociais, que pode ser reflexo dos processos de estigma e discriminação a que estão expostos, associadas às dificuldades na revelação da doença para familiares, amigos, e companheiros de trabalhos (Santos ECM et al, 2007). Desse modo, o paciente necessita superar essas barreiras para participar do estudo.

Outra dificuldade encontrada no trabalho é devido aos pacientes não estarem habituados anteriormente com o interventor, visto que ele não é membro da equipe multiprofissional, uma vez que os pacientes não se sentiam muito confortáveis no início dos encontros, e a troca de informação era difícil, e porque os pacientes demonstraram em alguns momentos enxergar os encontros como algo isolado e temporal, que não objetivava trazer benefícios a eles, e sim a pesquisa em si.

Além disso, a alta perda pode ser explicada pelo desconhecimento dos pacientes do serviço ofertado e dos objetivos e benefícios da atenção farmacêutica.

Muitas informações a respeito dos hábitos e da vida dos pacientes foram fornecidas nos últimos encontros, evidenciando que é necessário tempo para que o paciente possa estabelecer uma relação farmacoterapêutica e criar vínculos com o profissional (Machuca M et al, 2004).

A comunicação e a confiança estabelecidas entre os pacientes e o pesquisador foram essenciais para o desenvolvimento do projeto, e acompanhadas

das intervenções educativas realizadas, influenciaram e acarretaram mudanças de atitude corresponsabilizadas, e garantiram a satisfação do serviço ofertado

5. Conclusão

As intervenções realizadas diminuíram a preocupação com a doença, a necessidade de sigilo, a preocupação com a medicação, e melhoraram a aceitação da doença.

Dados sugerem que o plano proposto de intervenção educativa melhorou o autocuidado e a percepção sobre a sua medicação, agregou conhecimento e como consequência promoveu o cumprimento da TARV, porém se faz necessário conduzi-lo em mais pacientes.

Portanto as intervenções propostas podem ser benéficas mesmo para pacientes com efetividade terapêutica e que retiram regularmente a medicação, porque melhoraram a adesão e a qualidade de vida.

6. Referências

Abbas AK, et al. *Imunologia celular e molecular*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008. 476-488.

Allen JP, Reinert DF, Volk R. The Alcohol Use Disorders Identification Tests: An aid to recognition of alcohol problems in primary care patients. *Preventive Medicine*, 2001; 33: 428-433.

Assis Acurcio F, Bonolo PF, Ceccato MGB, Guimarães MDK. Análisis coste-efectividad de la adhesión inicial a la terapia antirretroviral entre individuos infectados por el VIH en Belo Horizonte, Brasil. *Rev. Esp. Salud Publica*, Madrid, 2006; 80(1): 41-54.

Bangsberg DR, Hecht FM, Charlebois ED, Zolopa AR, Holodniy M, Sheiner L, et al. Adherence to protease inhibitors, HIV-1 viral load, and development of drug resistance in an indigent population. *AIDS*, 2000; 14(4): 357-366.

Beith A and Johnson A. Interventions to Improve Adherence to Antiretroviral Therapy: A Review of the Evidence. U.S. Agency for International Development by the Rational Pharmaceutical Management Plus Program. 2006

Bonolo PF, César CC, Acúrcio FA, Ceccato MGB, Pádua CAM, Álvares J et al. Non-adherence among patients initiating antiretroviral therapy: a challenge for health professionals in Brazil. *AIDS*, 2005; 19(4): 5-13

Bonolo PF, Gomes RRFM, Guimarães MDC. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas de adesão. *Epidem. Serv. Saúde*, 2007; 16: 261-278.

Braithwaite RS, Fiellin DA, Nucifora K, Bryant K, Roberts M, Kim N, Amy C. Justice AC. Evaluating Interventions to Improve Antiretroviral Adherence: How Much of an Effect Is Required for Favorable Value? *Value Health*, 2010; 13(5): 535–542.

Brasil. Lei n. 9313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. *Diário Oficial da União*, 14 de novembro de 1996.

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico: Aids e DST*, 2010b; VI(1).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico: Aids e DST*, 2011; VI(1).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids. Brasília; 2008: 17.

Brasil. Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV. 6.^a ed: Ministério da Saúde; 2007.

Brunton L, Lazo J, Parker K. Goodman & Gilman - As bases farmacológicas da terapêutica. 11^a ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2006. 1145-1183.

Candy B, King M, Jones L, Oliver S. Using qualitative synthesis to explore heterogeneity of complex interventions *BMC Medical Research Methodology*, 2011; 11:124.

Carr A & Cooper DA. Adverse effects of antirretroviral therapy. *The Lancet*, 2000; 356: 1423-1430.

Catz SL, Kelly JÁ, Bogart LM, BENOTSCH EG, McAuliffe TL. Patterns, correlates and barriers to medication adherence among persons prescribed new treatments for HIV Disease. *Health Psychol*, 2000; 19 (2): 124-133.

Chapman T, McGavin J, Noble S. Tenofovir disproxil fumarate. *Drugs*. 2003; 63(15): 1597-608.

De Soárez PC, Castelo A, Abrão P, Holmes WC, Ciconelli RM. Tradução e validação de um questionário de avaliação de qualidade de vida em AIDS no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2009; 25(1):69–76.

Department of Health and Human Services (DHHS) Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2008.

Faustino QM & Seidl EMF. Intervenção cognitivo-comportamental e comportamentode adesão ao tratamento anti-retroviral em pessoasvivendo com HIV/Aids. 2006. Dissertação (Mestrado)–Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

Fenerty SD, West C, Davis SA, Kaplan SG, Feldman SR. The effect of reminder systems on patients' adherence to treatment. *Patient Preference on Adherence*, 2012; 6: 127-136.

Flexner CMD. HIV-Protease Inhibitors. *New England Journal of Medicine*. 1998; 338: 1281- 1292.

Garrido PB., Paiva V, Nascimento VLV, Sousa JB., Santos NJS. Aids, estigma e desemprego: implicações para os serviços de saúde. *Rev. Saúde Pública*, 2007;41(2): 72-79.

Gellaitry G, Cooper V, Davis C, Fisher M, Leake Date H, Horne R. Patients' perception of information about HAART: Impact on treatment decisions. *AIDS Care*, April 2005; 17(3): 367- 376

Goldsmith DR & Perry CM. Atazanavir. *Drugs*. 2003; 63: 1679-1693.

Goujard C, Bernard N, Sohier N, Peyramond D, Lançon F, Chwalo J, Arnould B, Delfraissy JF. Impact of a Patient Education Program on Adherence to HIV Medication. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrom*, 2003; 34(2): 191-194.

Guimarães MDC, Rocha GM, Campos LN, De Freitas FMT, Gualberto FAS; Teixeira RAR, et al. Difficulties reported by hiv-infected patients using antiretroviral therapy in brazil. *Clinics, São Paulo*, 2008; 63(2): 165-172.

Hahn JA, Samet JF. Alcohol and HIV Disease Progression: Weighing the Evidence. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2010; 226–233.

Henderson KC, Hindman J, Johnson SC, Valuck RV, Kiser JJ. Assessing the Effectiveness of Pharmacy-Based Adherence Interventions on Antiretroviral Adherence in Persons with HIV. *AIDS Patient Care and STDs*, 2011; 4: 221-228.

Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*, 1990; 47(3): 533-543.

Johnson MO, Charlebois E, Morin SF, Catz SL, Goldstein RB, Remien RH et al. Perceived Adverse Effects of Antiretroviral Therapy . *Journal of Pain and Symptom Management*, 2005; 29(2): 193-205.

Kalyesubula R, Perazella MA. Nephrotoxicity of HAART. *AIDS Res Treat*, 2011.

Kenneth A, Arndt MD . Adverse reactions to acyclovir: Topical, oral and intravenous. *Journal of the American Academy of Dermatology, Boston*, 1988; 18(1)

Knobel H, Alonso J, Casado JL, Collazos J, González J, Ruiz I, et al. Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. *AIDS*, 2002; 16(4): 605-613.

Larson LN, Rovers JP, MacKeigan LD. Patient satisfaction with pharmaceutical care: update of a validated instrument. *J Am Pharm Assoc (Wash)*, 2002; 42(1): 44-50

Lazzarotto AR, Deresz LF, Sprinz E. HIV/AIDS e Treinamento Concorrente: a Revisão Sistemática. *Revista Brasileira da Medicina e do Esporte*, 2010; 16(2): 149-154

Lyra Jr DP, Amaral RT, Abriata JP, Pelá IR. A satisfação como resultado de um programa de atenção farmacêutica para pacientes idosos, em Ribeirão Preto (SP) – Brasil. *Seguimiento Farmacoterapéutico*, 2005; 3(1): 30-42;

Ma A, Chen DM, Chau FM, Saberi P. Improving adherence and clinical outcomes through an HIV pharmacist's interventions. *AIDS Care*, 2010; 22(10): 1189-1194

Machuca M, Fernandes-Llimós F, Faus MJ. Método Dáder: manual de acompanhamento farmacoterapêutico. Grupo de Investigação em Atenção Farmacêutica (CTS-131). Granada, Espanha: Universidade de Granada, 2004.

March K, Mak M, Louie SG. Effects of pharmacists' interventions on patient outcomes in an HIV primary care clinic. *Am J Health-Syst Pharm*, 2007; 64: 2574-2578

Mellors JW, Munoz A, Giorgi J, Margolick JB, Tassoni CJ, Gupta P, et al. Plasma viral load and CD+lymphocytes as prognostic markers of HIV-1 infection. *Ann Intern Med*, 1996; 126:946-54.

Montaner JS, Reiss P, Cooper D, Vella S, Harris M, Conway B, et al. A randomized, double-blind trial comparing combinations of nevirapine, didanosine, and zidovudine for HIV-infected patients: the INCAS Trial. Italy, The Netherlands, Canada and Australia Study. JAMA, 1998. 279(12): 930-937.

Molassiotis A, Lopez-Nahaz V, Ching WY, Lam SW. A pilot study of the effects of a behavioural intervention on treatment adherence in HIV-infected patients. AIDS Care, 2003; 15(1): 125-135.

Moriel P, Carnevale RC, Costa CCR, Braz NC, Santos CZ, Baleiro LS et al. Efeitos das intervenções farmacêuticas em pacientes HIV positivos: influência nos problemas farmacoterapêuticos, parâmetros clínicos e economia. R. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde, 2011; 2(3): 5-10.

Muñoz Pa, Santos JMA, Corpas JPG, Cencotitabengoa IA. Guia de Atención Farmacéutica. Seguimiento farmacoterapéutico y educación sanitaria en pacientes de edad avanzada. Granada: Universidad de Granada, 2007

Nemes MIB, Castanheira I ERL, Helena III ETS, Melchior IV R, Caraciolo V JM, Basso CR, et al. Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em Aids no Brasil. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, 2009; 55(2): 207-212.

Neto R, Oliveira G, Pestana M. Nefrotoxicidade dos antiviricos. Acta Med Port 2007; 20: 59-63.

Organização Mundial da Saúde. El papel del farmacêutico em el sistema de atencion a la salud, in: Reunión de La OMS. 1993, Tokio.

Palella FJ Jr, Delaney KM, Moorman AC, Loveless MO, Fuhrer J, Satten GA, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators. N Engl J Med., 1998; 338(13): 853-860.

Paterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine*. 2000; 133(1): 21-30.

Patrick L. Nutrients and HIV: Part One — Beta Carotene and Selenium. *Alternative Medicine Review*, 1999; 4 (6): 403-413.

Patrick L. Nutrients and HIV: part two--vitamins A and E, zinc, B-vitamins, and magnesium. *Altern Med Re*, 2000; 5(1):39-51.

Piketty C, Weiss L, Thomas F, Mohamed AS, Belec L, Kazatchkine MD. Long-term clinical outcome of human immunodeficiency virus-infected patients with discordant immunologic and virologic responses to a protease inhibitor-containing regimen. *J Infect Dis*. 2001; 183:1328-1335.

Polejack L, Seidl EMF. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010; 15(1):1201-1208.

Purnell JQ, Zambon A, Knopp RH, Pizzuti DJ, Achari R, Leonard JM. Effect of ritonavir on lipids and post-heparin lipase activities in normal subjects. *AIDS*, 2000; 14(1): 51-57.

Racey CS, Zhang W, Brandson EK, Fernandes KA, Tzemis D, Harrigan PR, Montaner JSG, Barrios R, Toy J, Hogg RS. HIV antiviral drug resistance: patient comprehension. *AIDS Care*, 2010; 22(7): 816-826

Rathbun RC, Farmer KC, Stephens JR, Moci SM. Impact of an Adherence Clinic on Behavioral Outcomes and Virologic Response in the Treatment of HIV Infection: A Prospective, Randomized, Controlled Pilot Study. *Clinical Therapeutics*, 2005; 27 (2).

Remor E, Milner-Moskovics J, Preussler G. Adaptação brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral”. Rev Saúde Pública, 2007; 41(5): 685-94.

Santos ECM, França Jr I, Lopes F. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids em São Paulo. Rev Saúde Pública, 2007; 41 (2): 64-71.

Simoni JM, Amico KR, Smith L, Nelson K. Antiretroviral Adherence Interventions: Translating Research Findings to the Real World Clinic Curr HIV/AIDS Rep, 2010; 7: 44–51.

Smith SR, Rublein JC, Marcus C, Brock TP, Chesney MA. A medication self-management program to improve adherence to HIV therapy regimens. Patient Education and Counseling, 2003; 50: 187–199.

Strand LM, Cipolle RJ, Morley PC, Frakes MJ. The impact of pharmaceutical care practice on the practitioner and the patient in the ambulatory practice setting: twenty-five years of experience. Curr Pharm Des., 2004; 10(31): 3987-4001

Tuldra A, Wu AW. Interventions to Improve Adherence to Antiretroviral Therapy. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 2002; 31 (3): 154-157.

Tuldra A et al, Fumaz CR, Ferrer MJ, Bayés R, Arnó A, Balagué M et al. Prospective randomized two-Arm controlled study to determine the efficacy of a specific intervention to improve long-term adherence to highly active antiretroviral therapy. J Acquir Immune Defic Syndr, 2000; 25(3): 221-228.

Uchoa UB, Rezende RA, Carrasco MA, Rapuano CJ, Laibson PR, Cohen EJ. Long-term acyclovir use to prevent recurrent ocular herpes simplex virus infection, 2003; 121(12): 1702-1704.

Wagner GJ, Rabkin JG. Measuring medication adherence: are missed doses reported more accurately than perfect adherence. AIDS Care, 2000; 12 (4): 405-408.

Walker BD. Imunologia relacionada à AIDS/SIDA. Tratado de medicina interna. 21.^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.

Weiss L, French T, Finkelstein R, Waters M, Mukherjee R, Agins B. HIV-related knowledge and adherence to HAART. *AIDS Care*, 2003; 15(5): 673-679

Weller IVD, Williams IG. ABC of AIDS: Antiretroviral drugs. *British Medical Journal*, 2001; 322: 1410-1412.

Wolf R, Wolf D, Orion E, Matz H. Long-term prophylactic antiviral therapy for recurrent herpes simplex: the controversy goes on. *Clinics in Dermatology*, Elsevier, 2003; 21 (2): 164-167.

Wolf MS, Davis TC, Arozullah A, Penn R, Arnold C, Sugar M et al. Relation between literacy and HIV treatment knowledge among patients on HAART regimens. *AIDS Care*, 2005; 17(7), 863-873.

Yerly S, Kaiser L, Perneger TV, Cone R, Opravil M, Chave JP, et al. Time of initiation of antiretroviral therapy: impact of HIV-1 viraemia. *AIDS*. 2000; 14(3):243-249.

Zhu L, Persoon A, Mahnke L, Eley T, Li t, Xu X, et al. Effect of Low-Dose Omeprazole (20mg Daily) on the Pharmacokinetics of Multiple-Dose Atazanavir With Ritonavir in Healthy Subjects. *Journal of Clinical Pharmacology*, 2011; 21: 368-377

Anexos

Anexo A – TCLE

Anexo B - Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral (CEAT-VIH)

Anexo C - Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ)

Anexo D - História Farmacoterapêutica do Paciente – Manual de Acompanhamento Farmacoterapêutico - Método Dáder

Anexo E - Questionário de qualidade de vida específico para pacientes HIV+ (HAT-qol)

Anexo F – Questionário de Satisfação

Anexo G - Diário de Tomada de Medicação – L.A., L.C., V.N., A.V.

Anexo H – Carta ao médico

Anexo I- Intervenção Educativa – HIV/AIDS

Anexo J –Vídeo

Anexo K - Intervenção Educativa - Farmacoterapia

Anexo K1 – L.A.

Anexo K2 – L.C.

Anexo L – Intervenção Educativa – Estilo de vida

Anexo L1 – Ênfase no consumo de álcool

Anexo A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Este termo de consentimento livre e esclarecido refere-se à participação no estudo denominado “**ATENÇÃO FARMACÊUTICA EM PACIENTES EM TERAPIA ANTI-RETROVIRAIS (TARV)**”.

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária nesse estudo, que visa pesquisar a aderência ao tratamento, ou seja, seguir corretamente a prescrição médica do uso de anti-retrovirais. O objetivo do estudo é buscar fórmulas para que os pacientes portadores do vírus HIV usem rigorosamente as prescrições médicas em relação ao uso dos anti-retrovirais. A sua participação é muito importante na criação de métodos de aderência ao tratamento (métodos para que o paciente use adequadamente os medicamentos e faça regularmente às consultas médicas).

Procedimentos

Estou ciente de que, respeitados os critérios de inclusão/exclusão do estudo, realizarei entrevistas que abordarão aspectos do meu uso dos medicamentos anti-retrovirais. Além disso, os pesquisadores terão acesso ao seu prontuário médico, sempre em caráter sigiloso. Não há nenhum risco para o voluntário na participação desta pesquisa.

No caso de ocorrer alguma intercorrência, serei orientado a procurar atendimento no Programa DST/AIDS aqui do município de Araraquara no qual já faço tratamento. Se necessário, esse atendimento será facilitado pela pesquisadora Patrícia de Carvalho Mastroianni, e-mail: pmastro@fcfar.unesp.br.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas: Dra. **Patrícia de Carvalho Mastroianni** (pmastro@fcfar.unesp.br) e Dr. **José Carlos F. Galduróz**, telefone (11) 2149-0168 BIP (11) 40038200 código 4015849, que pode ser encontrado no endereço: Rua Napoleão, 925 – São Paulo;

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@epm.br.

Todas as informações obtidas relativas à minha participação nesse estudo serão analisadas em conjunto com aquelas obtidas com outros pacientes, resguardando, dessa forma, a confidencialidade da minha participação.

É compromisso dos pesquisadores utilizarem os dados e o material coletado somente para essa pesquisa.

Fica assegurada a minha desistência de continuar participando do estudo, em qualquer etapa do projeto, e caberá também ao médico pesquisador responsável, a qualquer momento, proceder a minha exclusão se for para o meu bem-estar.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: “**ATENÇÃO FARMACÊUTICA EM PACIENTES EM TERAPIA ANTI-RETROVIRAIS (TARV)**”.

Eu discuti com a Ana Clara F. Squilanti (**investigadora principal**) sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar desse estudo e poderei retirar o meu consentimento, a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento nesse Serviço.

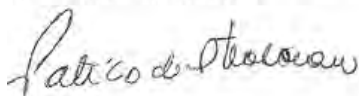
Assinatura do paciente

Data ____/____/____

Assinatura da testemunha

Data ____/____/____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desse paciente ou representante legal para a participação nesse estudo.



Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____/____/____

Anexo B

Questionário para a Avaliação da Adesão ao Tratamento Antiretroviral (CEAT-VIH, Versão em português (Brasil))

Durante a última semana

1. Deixou de tomar sua medicação alguma vez?
2. Se alguma vez sentiu-se melhor, deixou de tomar sua medicação?
3. Se alguma vez depois de tomar sua medicação sentiu-se pior, deixou de tomá-la?
4. Se alguma vez se sentiu triste ou deprimido, deixou de tomar sua medicação?

Sempre	Mais da metade das vezes	Aproximadamente a metade das vezes	Alguma vez	Nenhuma vez

5. Lembra-se que remédios está tomando nesse momento? _____ (escrever os nomes)

6. Como é a relação que mantém com o seu médico?

Ruim	Um pouco ruim	Regular	Pode melhorar	Boa
------	---------------	---------	---------------	-----

7. Quanto você se esforça para seguir com o tratamento?
8. Quanta informação você tem sobre os medicamentos que toma para o HIV?
9. Quanto benefício pode lhe trazer o uso destes medicamentos?
10. Considera que sua saúde melhorou desde que começou a tomar os medicamentos para o HIV?
11. Até que ponto sente-se capaz de seguir com o tratamento?

Nada	Pouco	Regular	Bastante	Muito

12. Normalmente está acostumado a tomar a medicação na hora certa?
13. Quando os resultados dos exames são bons, seu médico costuma utilizá-los para lhe dar ânimo e motivação para seguir com o tratamento?

Não, nunca	Sim, alguma vez	Sim, aproximadamente a metade das vezes	Sim, muitas vezes	Sim, sempre

14. Como sente-se em geral com o tratamento desde que começou a tomar seus remédios?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
--------------------	--------------	-------------	------------	------------------

15. Como avalia a intensidade dos efeitos colaterais relacionados com o uso dos medicamentos para o HIV?

Muito intensos	Intensos	Medianamente intensos	Pouco intensos	Nada intensos
----------------	----------	-----------------------	----------------	---------------

16. Quanto tempo acredita que perde ocupando-se em tomar seus remédios?

Muito tempo	Bastante tempo	Regular	Pouco tempo	Nada de tempo
-------------	----------------	---------	-------------	---------------

17. Que avaliação tem de si mesmo com relação a toma dos remédios para o HIV?

Nada cumpridor	Pouco cumpridor	Regular	Bastante	Muito cumpridor
----------------	-----------------	---------	----------	-----------------

18. Quanta dificuldade tem para tomar a medicação?

Muita dificuldade	Bastante dificuldade	Regular	Pouca dificuldade	Nenhuma dificuldade
-------------------	----------------------	---------	-------------------	---------------------

19. Desde que está em tratamento alguma vez deixou de tomar sua medicação um dia completo, ou mais de um? (Se responde afirmativamente, Quantos dias aproximadamente?) _____

20. Utiliza alguma estratégia para lembrar-se de tomar a medicação?

Qual? _____

SIM	NÃO

Anexo C

Consiste em solicitar ao paciente que responda umas perguntas previamente definidas para, em função, de suas respostas, definir-se o grau de cumprimento. O questionário SMAQ é um questionário validado na população espanhola que contém 6 perguntas com respostas fechadas.

Questionário cumprimento SMAQ	Resposta possível
1. Alguma vez esqueceu de tomar a medicação?	☐ Sim ☐ Não
2. Toma sempre os medicamentos na hora indicada?	☐ Sim ☐ Não
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos ao se sentir mal?	☐ Sim ☐ Não
4. Esqueceu de tomar a medicação durante o final de semana?	☐ Sim ☐ Não
5. Na última semana quantas vezes não tomou alguma dose?	A: nenhuma B: 1-2 C: 3-5 D: 6-10 E: mais de 10
6. Nos últimos 3 meses, quantos dias completos não tomou a medicação?	Dias:

Se considera paciente não cumpridor quando este responde:

- pergunta 1: sim
- pergunta 2: não
- pergunta 3: sim
- pergunta 4: sim
- pergunta 5: C, D ou E
- pergunta 6: mais de 2 dias.

O questionário é dicotômico, qualquer resposta no sentido do não cumprimento se considera não cumpridor.

A pergunta 5 pode-se usar como semiquantitativa:

- A: 100-95% cumprimento terapêutico
- B: 85-94% cumprimento terapêutico
- C: 65-84% cumprimento terapêutico
- D: 30-64% cumprimento terapêutico
- E: < 30% cumprimento terapêutico.

Esse questionário considera paciente cumpridor aquele que tem um cumprimento terapêutico igual ou superior a 95%.

Anexo D

PRIMEIRA VISITA

PACIENTE n.º: / /

PROBLEMAS / PREOCUPAÇÕES DE SAÚDE

Controlado Início

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

SACOLA COM MEDICAMENTOS

Nome 1:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza?	6. quanto usa?	
2. quem prescreveu?	7. como usa?	
3. para quê?	8. até quando?	
4. está melhor?	9. dificuldade?	
5. desde quando?	10. algo estranho?	

Nome 2:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza?	6. quanto usa?	
2. quem prescreveu?	7. como usa?	
3. para quê?	8. até quando?	
4. está melhor?	9. dificuldade?	
5. desde quando?	10. algo estranho?	

Nome 4:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza?	6. quanto usa?	
2. quem prescreveu?	7. como usa?	
3. para quê?	8. até quando?	
4. está melhor?	9. dificuldade?	
5. desde quando?	10. algo estranho?	

Nome 5:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza?	6. quanto usa?	
2. quem prescreveu?	7. como usa?	
3. para quê?	8. até quando?	
4. está melhor?	9. dificuldade?	
5. desde quando?	10. algo estranho?	

Nome 6:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza?	6. quanto usa?	
2. quem prescreveu?	7. como usa?	
3. para quê?	8. até quando?	
4. está melhor?	9. dificuldade?	
5. desde quando?	10. algo estranho?	

Nome 7:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza?	6. quanto usa?	
2. quem prescreveu?	7. como usa?	
3. para quê?	8. até quando?	
4. está melhor?	9. dificuldade?	
5. desde quando?	10. algo estranho?	

Nome 8:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza?	6. quanto usa?	
2. quem prescreveu?	7. como usa?	
3. para quê?	8. até quando?	
4. está melhor?	9. dificuldade?	
5. desde quando?	10. algo estranho?	

Nome 9:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza?	6. quanto usa?	
2. quem prescreveu?	7. como usa?	
3. para quê?	8. até quando?	
4. está melhor?	9. dificuldade?	
5. desde quando?	10. algo estranho?	

Nome 10:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza?	6. quanto usa?	
2. quem prescreveu?	7. como usa?	
3. para quê?	8. até quando?	
4. está melhor?	9. dificuldade?	
5. desde quando?	10. algo estranho?	

Nome 11:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza?	6. quanto usa?	
2. quem prescreveu?	7. como usa?	
3. para quê?	8. até quando?	
4. está melhor?	9. dificuldade?	
5. desde quando?	10. algo estranho?	

Nome 12:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza?	6. quanto usa?	
2. quem prescreveu?	7. como usa?	
3. para quê?	8. até quando?	
4. está melhor?	9. dificuldade?	
5. desde quando?	10. algo estranho?	

Nome 13:	ADERE: M, R, P	CONHECE: M, R, P
1. Utiliza?	6. quanto usa?	
2. quem prescreveu?	7. como usa?	
3. para quê?	8. até quando?	
4. está melhor?	9. dificuldade?	
5. desde quando?	10. algo estranho?	

M= Muito bom R = Regular P = Pouco

Medicamentos usados anteriormente

Nome 1:	
1. Utiliza?	4. Está melhor?
3. para quê?	10. algo estranho?

Nome 2:	
1. Utiliza?	4. Está melhor?
3. para quê?	10. algo estranho?

Nome 3:	
1. Utiliza?	4. Está melhor?
3. para quê?	10. algo estranho?

Nome 4:	
1. Utiliza?	4. Está melhor?
3. para quê?	10. algo estranho?

Nome 5:	
1. Utiliza?	4. Está melhor?
3. para quê?	10. algo estranho?

REVISÃO

- CABELO:
- CABEÇA:
- OLHOS, OUVIDOS, NARIZ, GARGANTA:
- BOCA (ferida, seca):
- PESCOÇO:
- MÃOS (dedos, unhas):
- BRACOS E MÚSCULOS:
- CORAÇÃO:
- PULMÃO:
- APARELHO DIGESTIVO:
- RINS (urina):
- FÍGADO:
- APARELHO GENITAL:
- PERNAS:
- PÉS (dedos, unhas,...):
- MÚSCULOS ESQUELÉTICOS (gota, dor nas costas, tendinitis,...):
- PELE (seca, erupções,...):
- PSICOLÓGICO (depressão,...):
- NEUROLÓGICO (epilepsia,...):
- IMC:
- PARÂMETROS ANORMAIS: (temperatura, PA, colesterol, glicose,...):
- CIGARRO:
- ALCOOL:
- CAFÉ:
- CHÁS:
- OUTRAS DROGAS:
- OUTROS HÁBITOS ANORMAIS (atividade física, dieta,...):
- VITAMINAS E SAIS MINERAIS:
- VACINAS:
- ALERGIAS A MEDICAMENTOS E/OU RAM
- SITUAÇÕES FISIOLÓGICAS (e data):
- OBSERVAÇÕES:

OUTROS DADOS DO PACIENTE

- Telefone: _____
- Endereço: _____
- Profissão: _____ - Data de nascimento: _____
- Médico principal: _____
- Médicos especialistas: _____
- Cuidador: _____
- MINUTOS: _____
- Assinatura do Farmacêutico: _____

Anexo E

Questionário
HAT-QoL*
(HIV/AIDS Targeted Quality of Life)

INSTRUMENTO DE QUALIDADE DE VIDA
DIRECIONADO PARA HIV/AIDS,
TRADUZIDO, ADAPTADO E VALIDADO
PARA PACIENTES HIV NO BRASIL.

*Adaptado de HIV/AIDS-Targeted Quality of Life Instrument

William C. Holmes, M.D., M.S.C.E., 1999.

Este projeto contou com apoio da Bristol Myers Squibb através de um grant educacional sem restrição.

Página 1

*****Instruções Importantes*****

As perguntas neste questionário buscam entender como está a sua vida em diferentes aspectos. Antes de começar a respondê-las, leia as explicações abaixo para entender melhor como abordar dois tipos de perguntas que você encontrará:

1. Você encontrará algumas perguntas voltadas para suas atividades da rotina diária e do trabalho.

Se você tem um emprego ou ocupação, responda essas perguntas pensando sobre as atividades relacionadas a eles. Se você não tem um emprego ou ocupação, responda essas perguntas pensando sobre as atividades que você geralmente faz na maioria dos dias da semana – por exemplo, tarefas domésticas ou de outra natureza, atividades escolares ou relacionadas ao trabalho voluntário em uma instituição.

2. Você encontrará algumas questões sobre o seu médico.

Se você geralmente é atendido por uma enfermeira ou um assistente do seu médico, responda essas questões pensando nessa pessoa e não no seu médico propriamente dito.

Este projeto contou com apoio da Bristol Myers Squibb através de um grant educacional sem restrição.

Página 2

1. As perguntas a seguir abordam aspectos relacionados ao seu estado e funcionamento geral nas últimas 4 semanas:

	Tudo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, fiquei satisfeito com a minha atividade física.	☐	☐	☐	☐	☐
b. Nas últimas 4 semanas, senti-me fisicamente limitado para realizar tarefas domésticas de rotina.	☐	☐	☐	☐	☐
c. Nas últimas 4 semanas, a dor limitou minha capacidade de estar fisicamente ativo.	☐	☐	☐	☐	☐
d. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a possibilidade de não ser mais capaz de realizar minhas atividades diárias de rotina/trabalho como antes.	☐	☐	☐	☐	☐
e. Nas últimas 4 semanas, senti que ter o HIV tem limitado o volume de trabalho que sou capaz de realizar em minhas atividades diárias de rotina/trabalho.	☐	☐	☐	☐	☐
f. Nas últimas 4 semanas, senti-me muito cansado para atividades sociais.	☐	☐	☐	☐	☐

Este projeto contou com apoio da Bristol Myers Squibb através de um grant educacional sem restrição.

Página 3

2. As perguntas a seguir abordam aspectos relativos ao seu contentamento com a vida nas últimas 4 semanas:

	Tudo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, desfrutei a vida.	☐	☐	☐	☐	☐
b. Nas últimas 4 semanas, senti-me no controle da minha vida.	☐	☐	☐	☐	☐
c. Nas últimas 4 semanas, fiquei satisfeito com o meu nível de atividades sociais.	☐	☐	☐	☐	☐
d. Nas últimas 4 semanas, fiquei contente por ter estado tão saudável.	☐	☐	☐	☐	☐

Este projeto contou com apoio da Bristol Myers Squibb através de um grant educacional sem restrição.

Página 4

3. As perguntas a seguir abordam **suas preocupações com a saúde** nas últimas 4 semanas:

	Tudo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, não fui capaz de viver do jeito que gostaria por estar muito preocupado com a minha saúde		☐			
b. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a minha contagem CD4		☐			
c. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a minha carga viral		☐			
d. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado, pensando em quando morreria		☐			

Este projeto contou com apoio da Bristol Myers Squibb através de um grant educacional sem restrição.
Página 5

4. As perguntas a seguir dizem respeito a **suas preocupações com aspectos financeiros** nas últimas 4 semanas:

	Tudo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a possibilidade de ter de viver com uma renda determinada		☐			
b. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado se terei como pagar as minhas contas		☐			
c. Nas últimas 4 semanas, tive muito pouco dinheiro para poder cuidar de mim mesmo do jeito que acho correto		☐			

Este projeto contou com apoio da Bristol Myers Squibb através de um grant educacional sem restrição.
Página 6

5. As perguntas a seguir abordam como você se sentiu em relação à **medicação para o HIV** nas últimas 4 semanas:

Você tomou medicação para o HIV nas últimas 4 semanas?

NÃO →→→→→ Vá para Seção 6
SIM →→→→→ Continue com a questão 5a

	Tudo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, tomar meus remédios tem sido um peso		☐			
b. Nas últimas 4 semanas, tomar meus remédios me dificultou levar uma vida normal		☐			
c. Nas últimas 4 semanas, meus remédios têm me causado efeitos colaterais desagradáveis		☐			
d. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com os efeitos que a minha medicação pode ter sobre o meu corpo		☐			
e. Nas últimas 4 semanas, não tive certeza quanto aos motivos que me levam a tomar os remédios		☐			

Este projeto contou com apoio da Bristol Myers Squibb através de um grant educacional sem restrição.
Página 7

6. As perguntas a seguir abordam como você se sentiu por **ser HIV positivo** nas últimas 4 semanas:

	Tudo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, me arrependi da forma como levei minha vida antes de saber que tinha o HIV		☐			
b. Nas últimas 4 semanas, fiquei zangado com o comportamento de risco e exposição ao HIV que adotei no passado		☐			

Este projeto contou com apoio da Bristol Myers Squibb através de um grant educacional sem restrição.
Página 8

7. As perguntas a seguir dizem respeito a suas preocupações em **revelar a doença** para os outros nas últimas 4 semanas:

	Tudo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, limitei o que falo para os outros sobre mim mesmo		☐			
b. Nas últimas 4 semanas, tive medo de contar a outras pessoas que eu tenho HIV		☐			
c. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado que minha família descobrisse que eu tenho HIV		☐			
d. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado que as pessoas do meu trabalho ou que participam de minhas atividades do dia-a-dia descobrissem que eu tenho HIV		☐			
e. Nas últimas 4 semanas, fiquei preocupado com a possibilidade de perder minha fonte de renda se outras pessoas descobrirem que eu tenho HIV		☐			

Este projeto contou com apoio da Bristol Myers Squibb através de um grant educacional sem restrição.
Página 9

8. As perguntas a seguir abordam como você se sentiu em relação ao **seu médico** nas últimas 4 semanas:

	Tudo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, senti que poderia ver meu médico sempre que precisasse ou sentisse necessidade. . .		☐			
b. Nas últimas 4 semanas, senti que meu médico me consulta ao tomar decisões sobre o meu tratamento . . .		☐			
c. Nas últimas 4 semanas, senti que meu médico se importa comigo		☐			

Este projeto contou com apoio da Bristol Myers Squibb através de um grant educacional sem restrição.
Página 10

9. As perguntas a seguir abordam **sua atividade sexual** nas últimas 4 semanas:

	Tudo o tempo	A maior parte do tempo	Parte do tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Nas últimas 4 semanas, foi difícil ficar sexualmente excitado		☐			
b. Nas últimas 4 semanas, foi difícil chegar ao orgasmo		☐			

Obrigado por completar este questionário.

Se você tiver qualquer dúvida, não hesite em falar com a pessoa que lhe deu o questionário ou com o seu médico.

Mais uma vez, muito obrigado!

Este projeto contou com apoio da Bristol Myers Squibb através de um grant educacional sem restrição.
Página 11

Anexo F

Questionário de Satisfação do Serviço de Atenção Farmacêutica

	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
1. As farmacêuticas ficam com o sr tanto tempo quanto necessário?					
2. As farmacêuticas explicam os possíveis efeitos colaterais que um novo medicamento pode causar ao sr?					
3. Se o sr tem alguma dúvida sobre sua prescrição, as farmacêuticas estão disponíveis para lhe orientar?					
4. As farmacêuticas sabem explicar as coisas de um modo que o sr entenda?					
5. As farmacêuticas são suficientemente detalhistas?					
6. As farmacêuticas confirmam se o sr entendeu como tomar os medicamentos?					
7. Algumas vezes, as farmacêuticas não ficam tempo suficiente com o sr?					
8. As farmacêuticas são amigáveis com o sr?					
9. As farmacêuticas são profissionais competentes?					
10. O sr tem que esperar muito tempo antes que consiga ser atendido pelas farmacêuticas?					
11. O sr tem dificuldade de entender as farmacêuticas?					
12. As farmacêuticas se interessam sinceramente pelo sr, como pessoa?					
13. Há muitas distrações, na sala, que fazem com que o sr não receba um bom atendimento?					
14. O sr está satisfeito com o atendimento que está recebendo das farmacêuticas?					

15. O que as farmacêuticas significam para a sua saúde?

16. O que o atendimento farmacêutico significou para sua saúde?

Anexo G

1. Diário de Tomada de Medicação – L.A., L.C., V.N., A.V.

TABELA E DIÁRIO DE TOMADA DE MEDICAMENTOS – L.A.

					
	LAMIVUDINA	TENOFOVIR	RITONAVIR	ATAZANAVIR	LAMIVUDINA
	1 comprimido 40 minutos antes	1 comprimido durante	1 comprimido durante	1 comprimido durante	1 comprimido 40 minutos antes
__/__/__ SEGUNDA					
__/__/__ TERÇA					
__/__/__ QUARTA					
__/__/__ QUINTA					
__/__/__ SEXTA					
__/__/__ SÁBADO					
__/__/__ DOMINGO					

TABELA E DIÁRIO DE TOMADA DOS MEDICAMENTOS - L.C.

	8h						12h	16h				20h	24h	
	A	TENOFOVIR	ATAZANAVIR	LAMIVUDINA	RITONAVIR	SAQUINAVIR	A	A	LAMIVUDINA	RITONAVIR	SAQUINAVIR	A	A	OMEPRAZOL
		1 comprimido 40 minutos antes	1 comprimido durante	1 comprimido 40 minutos antes	1 comprimido durante	5 comprimidos durante			1 comprimido 40 minutos antes	1 comprimido durante	5 comprimidos durante			
__/__/__ SEGUNDA														
__/__/__ TERÇA														
__/__/__ QUARTA														
__/__/__ QUINTA														
__/__/__ SEXTA														
__/__/__ SÁBADO														
__/__/__ DOMINGO														

*A = ACICLOVIR

TABELA E DIÁRIO DE TOMADA DE MEDICAMENTOS - V.N.

			
	LAMIVUDINA + ZIDOVUDINA	LAMIVUDINA + ZIDOVUDINA	EFAVIRENZ
	1 comprimido 40 minutos antes	1 comprimido 40 minutos antes	1 comprimido antes de dormir
__/__/__ SEGUNDA			
__/__/__ TERÇA			
__/__/__ QUARTA			
__/__/__ QUINTA			
__/__/__ SEXTA			
__/__/__ SÁBADO			
__/__/__ DOMINGO			

TABELA E DIÁRIO DE TOMADA DOS MEDICAMENTOS – A.V.

					
	LAMIVUDINA	LOPINAVIR + RITONAVIR	LAMIVUDINA	LOPINAVIR + RITONAVIR	EFAVIRENZ
	1 comprimido 40 minutos antes	2 comprimidos durante	1 comprimido 40 minutos antes	2 comprimidos durante	1 comprimido antes de deitar
__/__/__ SEGUNDA					
__/__/__ TERÇA					
__/__/__ QUARTA					
__/__/__ QUINTA					
__/__/__ SEXTA					
__/__/__ SÁBADO					
__/__/__ DOMINGO					

Anexo H



Araraquara, 11 de novembro de 2011

Dr. Oswaldo Luiz Luz Lima
Médico infectologista do Serviço Especial de Saúde de Araraquara

Prezado Dr.,

Como combinado em nosso encontro, relacionamos a seguir os exames clínicos que consideramos pertinentes para o seguimento de alguns pacientes que estamos acompanhando. Seguem abaixo as solicitações individuais:

1. O paciente **LUIZ CARLOS PARIZI** utiliza três antirretrovirais (atazanavir, ritonavir e tenofovir) e um antiviral (aciclovir) que, segundo a literatura, podem causar nefrotoxicidade. Sugerimos então a **avaliação da função renal** deste paciente;
Ainda, por utilizar o ritonavir, que segundo a literatura está associado ao aumento dos níveis séricos de colesterol e triglicérides, sugerimos a **avaliação periódica dos níveis séricos de colesterol total e suas frações, bem como triglicérides**.
2. O paciente **LUIZ ALFREDO DO NASCIMENTO** utiliza dois antirretrovirais (ritonavir e tenofovir). Pelos mesmos motivos supracitados sugerimos também para este paciente a **avaliação da função renal e a avaliação dos níveis séricos de colesterol total e suas frações, bem como triglicérides**.
3. O paciente **ANTONIO VOLTARELLI** utiliza efavirenz que pode causar aumento dos níveis séricos de colesterol total. Dessa forma, sugere-se a realização de exames periódicos para a avaliação deste parâmetro.

Tanto o **LUIZ CARLOS PARIZI**, quanto o **LUIZ ALFREDO DO NASCIMENTO** estão sendo assíduos nos encontros pré-agendados para acompanhamento de sua terapia e o último encontro, cuja finalidade será de avaliar o impacto do acompanhamento ocorrerá em fevereiro de 2012.

Dessa forma, a avaliação de indicadores clínicos, como carga viral e contagem de linfócito T CD4+, é fundamental para esta análise. Sabemos da periodicidade para realização destes exames, entretanto, por não coincidir com o mês de avaliação, gostaríamos de solicitar que em **janeiro** sejam realizadas essas avaliações.

Estamos à disposição para qualquer esclarecimento ou solicitação,

Atenciosamente,

Ana Clara F. Squilanti
(16) 8218-5434

Rosa C. Lucchetta
(16) 9733-6220
Estudantes de Farmácia-Bioquímica

Patricia C. Mastroianni

Anexo I

UNESP - Faculdade de Ciências Farmacêuticas
e
Serviço Estadual de Saúde de Araraquara - SESA

HIV e Aids

Ana Clara Squilantti
Rosa C. Lucchetta

Sistema imunológico

O corpo reage diariamente aos ataques de bactérias, vírus e outros micróbios, por meio do sistema imunológico.

Esse sistema é composto por milhões de células de diferentes tipos e com diferentes funções, responsáveis por garantir a defesa do organismo e por manter o corpo funcionando livre de doenças.

Entre as células de defesa estão os linfócitos T CD4+, principais alvos do HIV, vírus causador da aids. São esses glóbulos brancos que organizam e comandam a resposta diante dos agressores.

O que é o HIV?

- HIV é a sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana;
- Causador da aids, ataca o sistema imunológico;
- As células mais atingidas são os linfócitos T CD4+.

O que é a Aids?

- Aids é a Síndrome da Imunodeficiência Humana;
- Como o HIV ataca as células de defesa do nosso corpo (os linfócitos T CD4+), o organismo fica mais vulnerável a diversas doenças;
- Quando o organismo não tem mais forças para combater esses agentes externos, a pessoa começa a ficar doente mais facilmente e então se diz que tem aids.

PORTANTO, TER O HIV NÃO É A MESMA COISA QUE TER A AIDS

Com o frequente ataque, as células de defesa são destruídas, chegando a ficar abaixo de 200 unidades por mm³ de sangue.

Em adultos sem Aids, esse valor varia entre 800 a 1.200 unidades.

A baixa imunidade permite o aparecimento de doenças oportunistas.

Com isso, atinge-se o estágio mais avançado da doença, a aids. Quem chega a essa fase, por não saber ou não seguir o tratamento indicado pelos médicos, pode sofrer de hepatites virais, tuberculose, pneumonia, toxoplasmose e alguns tipos de câncer.

COMO PEGA?

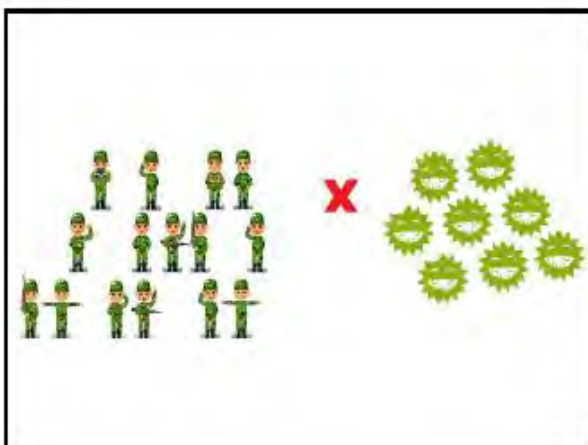
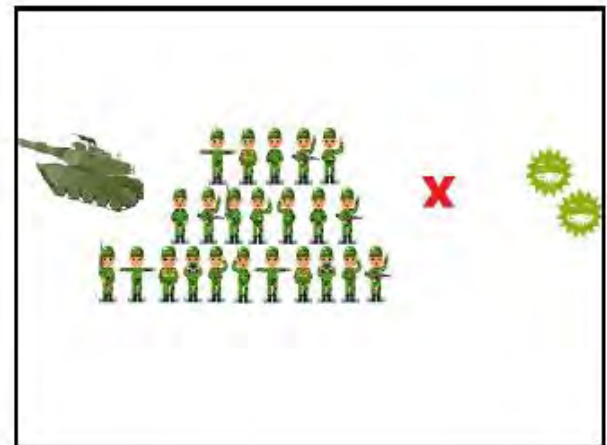
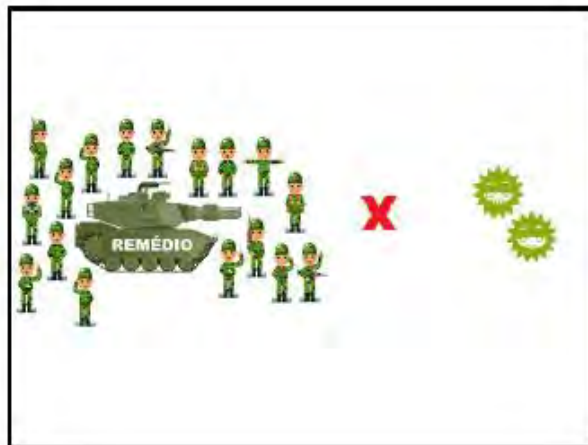
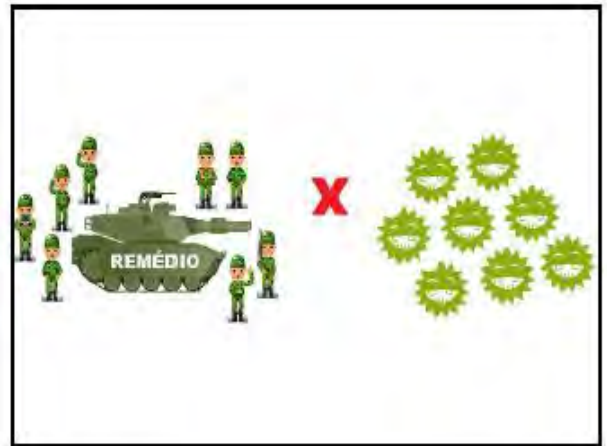
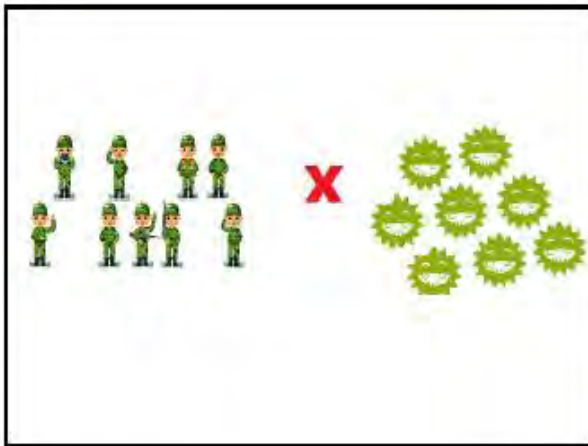
- Fazendo sexo sem camisinha (oral, vaginal ou anal);
- Compartilhando agulhas e seringas contaminadas;
- Da mãe para o bebê durante a gravidez, na hora do parto e/ou amamentação.

COMO PROTEGE?

- Basta usar camisinha em todas as relações sexuais;
- Não compartilhar seringa, agulha e outro objeto cortante com outras pessoas.

A contaminação pelo vírus





ADESÃO	X	NÃO ADESÃO
• ↑ Linfócitos CD4 • ↓ Vírus		• ↓ Linfócitos CD4 • ↑ Vírus



Anexo J

Vídeo disponível em:

<http://www.youtube.com/watch?v=OPv6zCsIEPo>



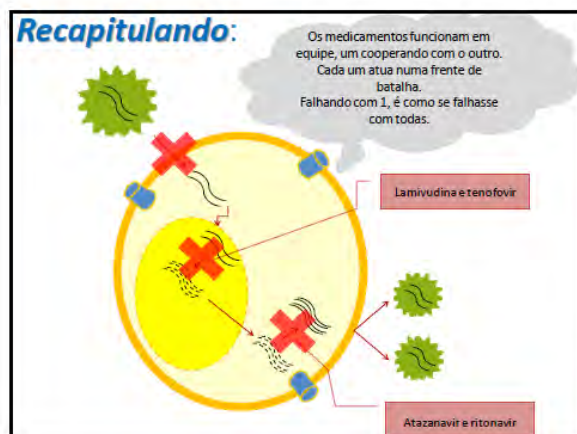
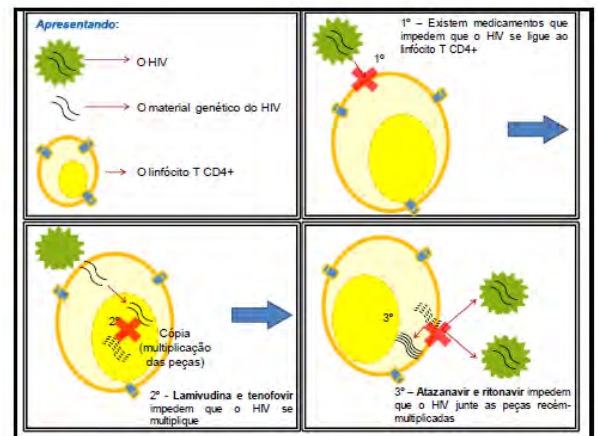
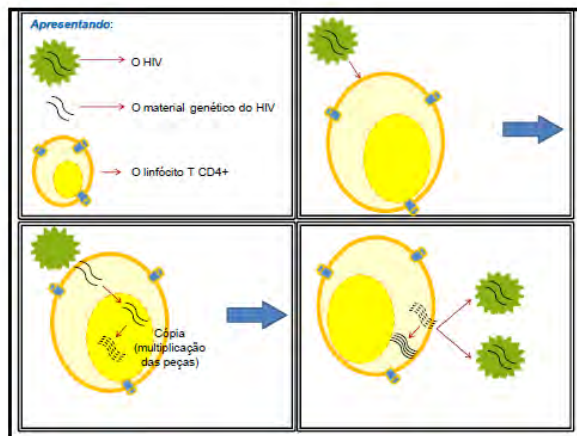
Anexo K – K1

UNESP - Faculdade de Ciências Farmacêuticas
e
Serviço Estadual de Saúde de Araraquara - SESA

Tratamento Medicamentoso “O coquetel”

Ana Clara F. Squilanti
Rosa C. Lucchetta

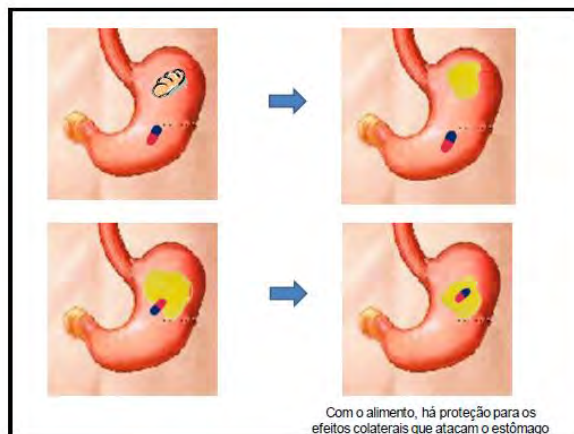
Como funciona o coquetel?



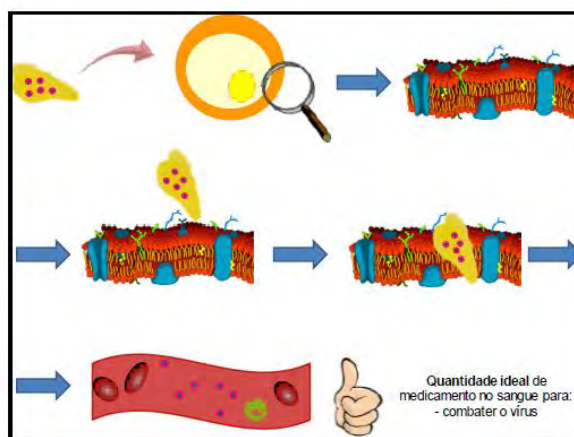
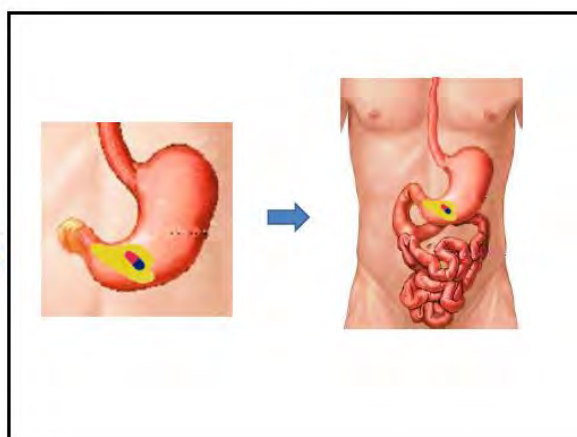
Por que tomar corretamente?

Importância de tomar com o estômago vazio
ou cheio

Importância de tomar ATAZANAVIR, TENOFOVIR, RITONAVIR e SAQUINAVIR com o estômago cheio

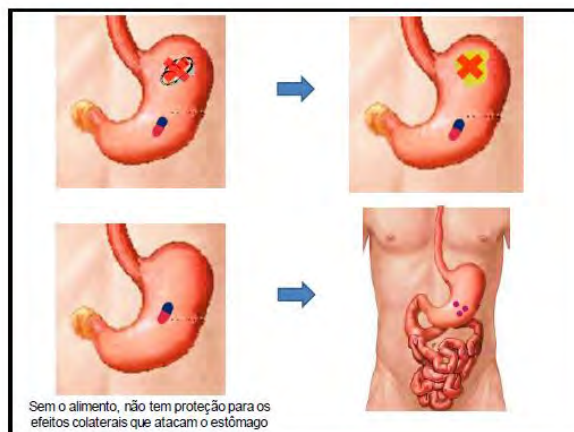
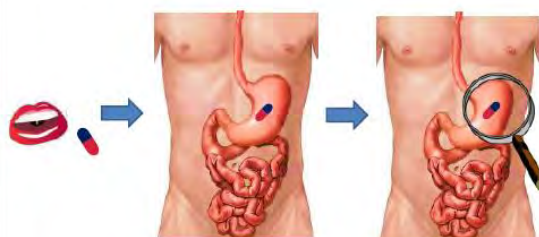


Com o alimento, há proteção para os efeitos colaterais que atacam o estômago

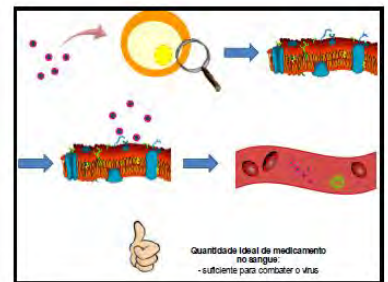
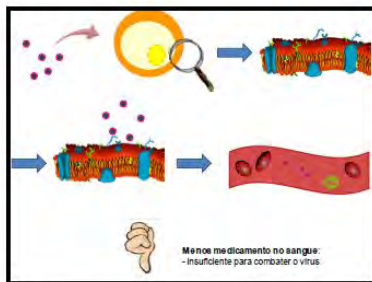


Quantidade ideal de medicamento no sangue para:
- combater o vírus

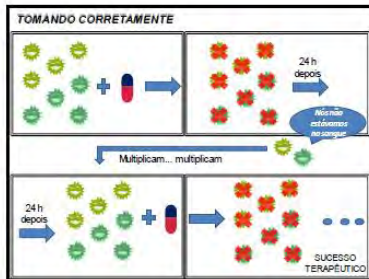
O que acontece se eu tomar esses medicamentos com o estômago vazio?



Sem o alimento, não tem proteção para os efeitos colaterais que atacam o estômago



Por que tomar corretamente?
O perigo da resistência



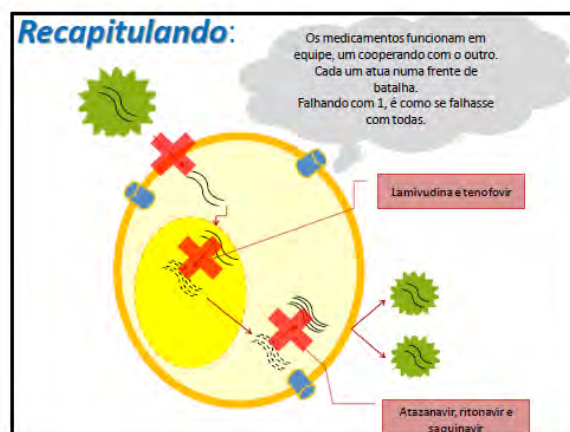
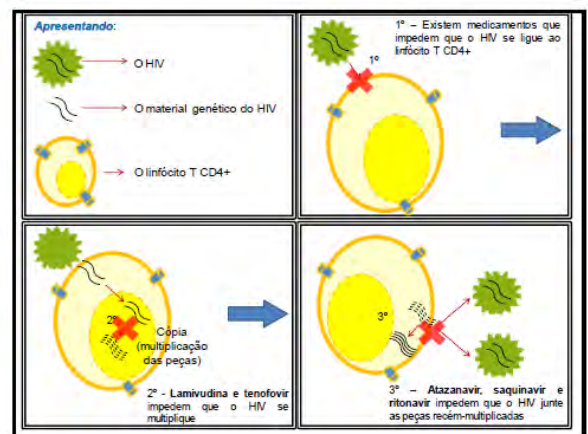
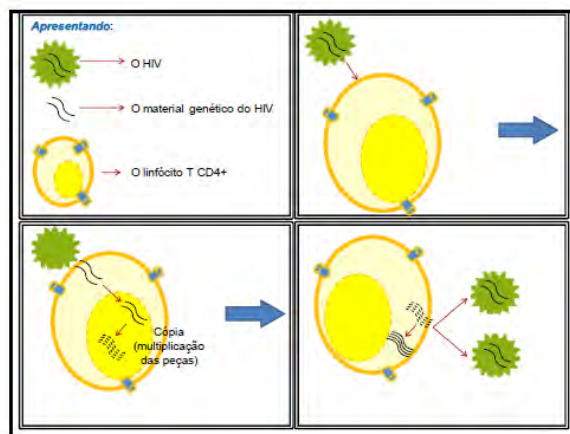
Anexo K – K2

UNESP - Faculdade de Ciências Farmacêuticas
e
Serviço Estadual de Saúde de Araraquara - SESA

Tratamento Medicamentoso “O coquetel”

Ana Clara F. Squilanti
Rosa C. Lucchetta

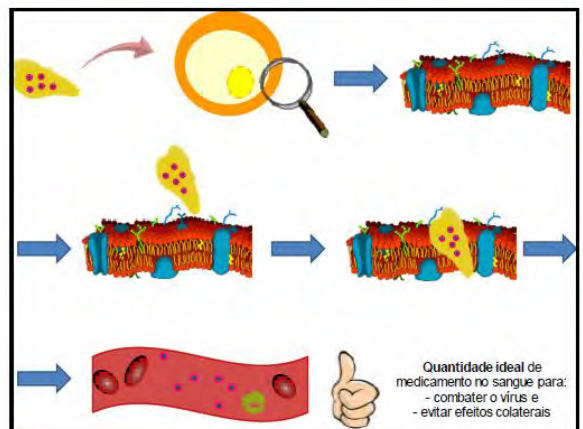
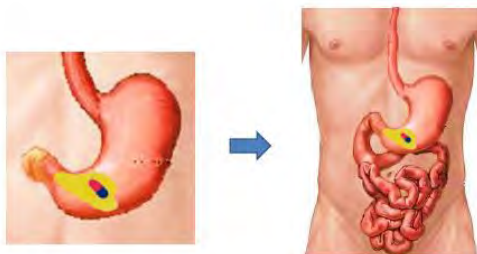
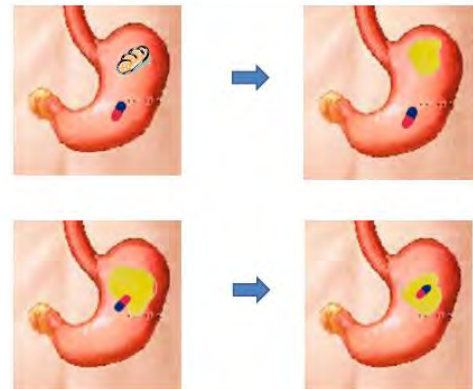
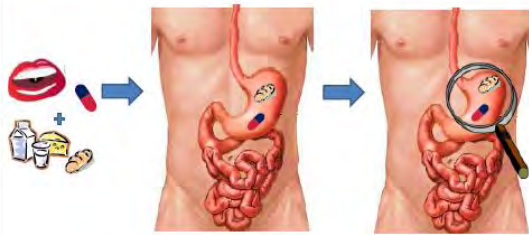
Como funciona o coquetel?



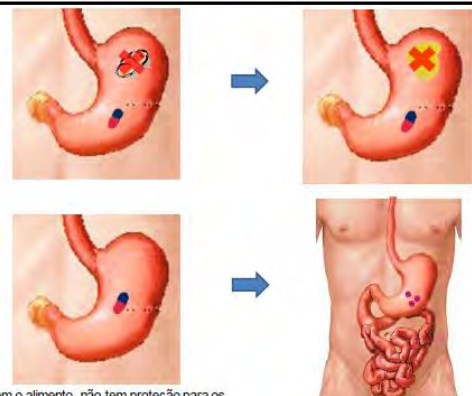
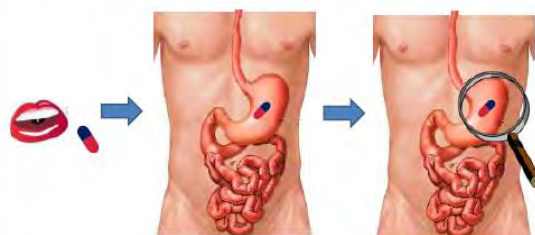
Por que tomar corretamente?

Importância de tomar com o estômago vazio ou cheio

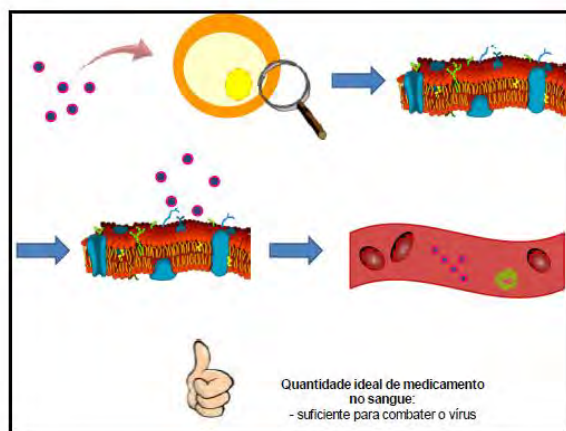
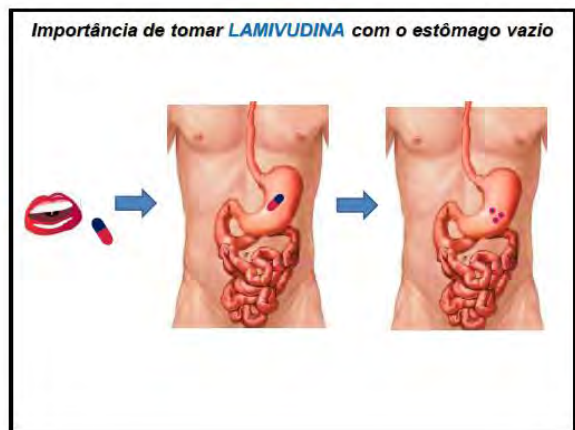
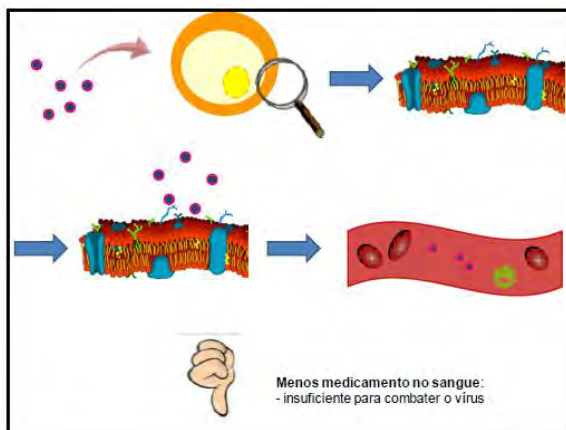
Importância de tomar ATAZANAVIR, TENOFOVIR, RITONAVIR e SAQUINAVIR com o estômago cheio



O que acontece se eu tomar esses medicamentos com o estômago vazio?

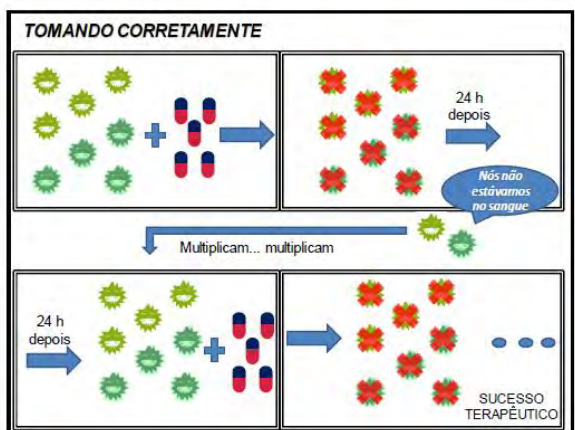


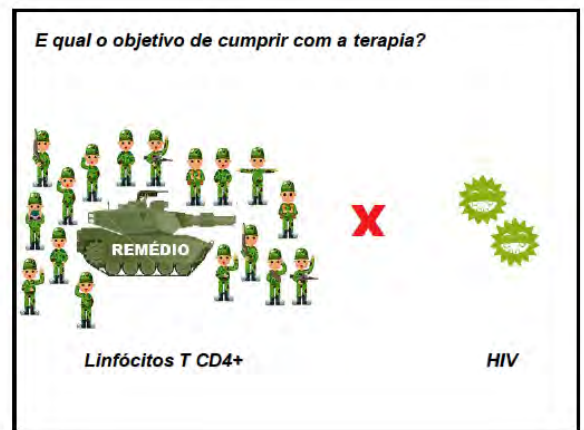
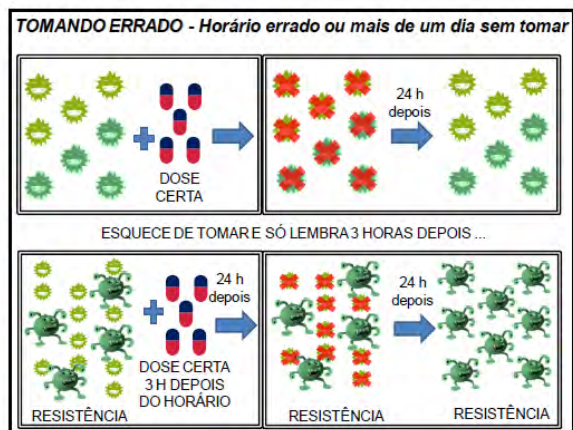
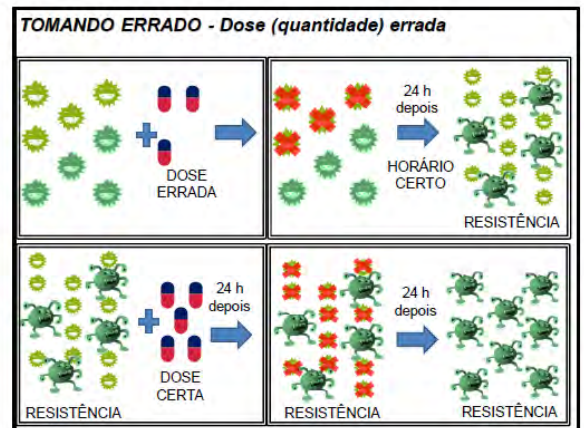
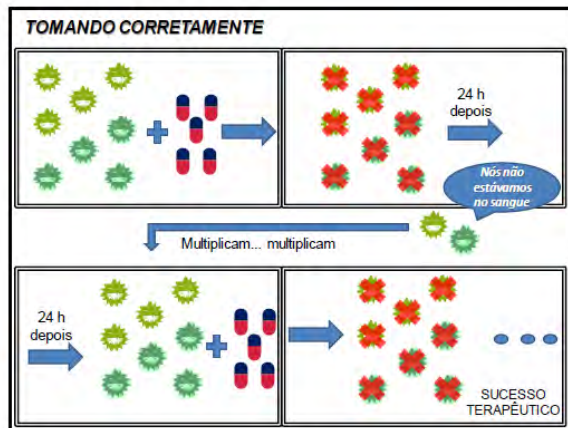
Sem o alimento, não tem proteção para os efeitos colaterais que atacam o estômago



Mas além da lamivudina, é importante tomar o **OMEPRAZOL** também em jejum para ter melhor efeito.

Por que tomar corretamente?
O perigo da resistência





Anexo L



Alimentação

Pirâmide alimentar adaptada



Sugestões para facilitar a deglutição

- Tome o remédio junto com alimentos macios ou bem cozidos
- Evite alimentos e bebidas muito quentes
- Tente inclinar a cabeça para trás

E quanto aos medicamentos que devem ser tomados em jejum?

- Tome com água gelada



Para o bom funcionamento do intestino

- Tomar muito líquido e ingerir fibras (grãos, frutas, hortaliças)



Intestino Preso

- Beba muita água
- Coma frutas com casca e bagaço, hortaliças com talo, folhas verdes, cereais integrais
- Faça exercício físico

Diarréia

- Faça refeições de 2 em 2 horas, e beba água entre elas
- Coma carboidratos, leite de soja ou sem lactose, carnes magras, sucos de fruta, frutas cruas e sem casca
- Evite alimentos gordurosos e frituras, industrializados, ricos em fibras, leite integral

Incômodos como náusea e dor de estômago

- Faça refeições pequenas e frequentes
- Não beba líquidos durante a refeição
- Evite alimentos muito gordurosos e condimentados
- Se acordar com náusea a vômito, como alimentos secos



E lembre-se: ingestão adequada de vitaminas e minerais pode retardar a progressão da doença

Vitamina A

- Aumenta as defesas do organismo
- Cenoura, melão, manga, couve, espinafre, beterraba, ovos.

Vitamina B

- Diminui os riscos de progressão da doença
- Carnes em geral, leite, ovos

Selênio

- Aumento de células CD4
- Castanha-do-pará, frutos do mar, grãos, carne de aves e bovina

Zinco

- Possível agente anti-viral do HIV e diminui o risco de infecções
- Leite e derivados, feijão, cereais, nozes

Evite

Alimentos quentes

Café

Bebidas alcoólicas



Prefira

Alimentos mornos ou frios

Frutas e verduras

Sucos de frutas



Falando em bebida alcoólica, e aquela cervejinha que gosto tanto, não posso tomar?



- Vamos olhar para o fígado como a “indústria química” do corpo



Todas as substâncias passam por ele: isso inclui os remédios e o álcool

Assim, é necessário ter cuidado para não sobrecarregá-lo para que funcione bem por bastante tempo

Por isso, o melhor é não beber, mas se for beber, observe as quantidades:

Bebida	Quanto pode tomar por dia
Cerveja	700mL
Vinho	80 – 140 mL
Destilado	40 – 50 mL

Mudança na distribuição de gorduras no corpo

No sangue:



Colesterol
Triglicérides
Risco de desenvolver diabetes

Em outras partes do corpo:



Acúmulo de gordura na barriga e nas costas



Diminuição da gordura no rosto e nos membros



Para prevenir a lipodistrofia devemos trabalhar dois aspectos:

Atividade física

+

Alimentação equilibrada



Além disso, o exercício físico traz ainda...

- Aumento do apetite e melhora na digestão
- Melhora no sono
- Ganho de força muscular e aumento de massa magra
- Fortalecimento do sistema imunológico
- Diminuição da ansiedade e stress
- Prevenção de problemas cardíacos

Anexo L 1– Ênfase no consume de álcool

Resultado do teste que acabamos de fazer

0 – 7 pontos: consumo de baixo risco
8 – 15 pontos: uso de risco
16 – 19 pontos: uso nocivo
20 pontos ou mais: provável dependência

Onde você se encaixa?

- Vamos olhar para o fígado como a “indústria química” do corpo



Todas as substâncias passam por ele: isso inclui os remédios e o álcool

Assim, é necessário ter cuidado para não sobrecarregá-lo para que funcione bem por bastante tempo

Se o fígado recebe muito álcool, não dá conta de trabalhar com o remédio e sobra um excesso de remédio no sangue – o que pode aumentar os efeitos colaterais.



Vale lembrar também que o álcool é uma substância irritante, e o uso crônico pode causar lesão hepática a longo prazo

Outro problema é que o excesso de álcool prejudica o sistema imunológico, aumentando a chance de ficar doente e de a doença ser mais grave.



O melhor é não beber, mas se for beber, observe as quantidades:

Bebida	Quanto pode tomar por dia
Cerveja	700mL
Vinho	80 – 140 mL
Destilado	40 – 50 mL

Beber mais do que isso pode trazer problemas daqui a alguns anos!

Vamos buscar juntos alternativas mais saudáveis?

