

CELIANE SEVERINO NEIVA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL POR PESSOAS QUE VIVEM
COM HIV EM ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO EM UMA
UNIDADE DE REFERÊNCIA DO DISTRITO FEDERAL**

Brasília, Brasil

2019

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL POR PESSOAS QUE VIVEM
COM HIV EM ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO DE
REFERÊNCIA DO DISTRITO FEDERAL

CELIANE SEVERINO NEIVA

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dra. Noemia Urruth Leão Tavares

Brasília, Brasil.

2019

CELIANE SEVERINO NEIVA

**ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL POR
PESSOAS QUE VIVEM COM HIV EM ACOMPANHAMENTO
FARMACOTERAPÊUTICO EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA DO DISTRITO
FEDERAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília.

Aprovado em 31/07/2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Noemia Urruth Leão Tavares, Presidente
Programa de Pós-Graduação Saúde Coletiva, Universidade de Brasília

Prof. Dr. Wildo Navegantes de Araújo, Membro Interno
Programa de Pós-Graduação Saúde Coletiva, Universidade de Brasília

Prof. Dra. Maria Inês de Toledo, Membro Externo
Programa de Pós-graduação Medicina Tropical, Universidade de Brasília

Prof. Dra. Dayde Lane Mendonça Silva, Suplente
Departamento de Farmácia, Universidade de Brasília

Maria Passa Na Frente

AGRADECIMENTOS

À Deus meu agradecimento diário pela vida e por todos que abaixo agradeço.

Aos meus pais pelo amor e por me guiarem a estar exatamente onde estou.

À minha irmã pelo apoio e incentivo desde sempre.

Aos meus sobrinhos e afilhados a alegria de seus sorrisos.

Aos amigos o suporte e compreensão.

À equipe Farmácia Escola pela colaboração

À professora, orientadora, chefe e querida Noemia pela atenção, paciência e persistência.

Meu eterno carinho.

RESUMO

A introdução da terapia antirretroviral (TARV) alterou a epidemiologia da infecção pelo HIV com a diminuição da mortalidade e da incidência. O Brasil foi um dos primeiros países a disponibilizar o acesso à TARV de maneira universal e gratuita com uma grande cobertura de tratamento. Entretanto as taxas de mortalidade ainda são altas e uma das principais causas pode ser a má adesão, dificultando a supressão viral e o restabelecimento da imunidade. Esse estudo visa analisar a adesão ao tratamento antirretroviral de uma coorte de pessoas que vivem com HIV em acompanhamento farmacoterapêutico em um serviço público de referência no Distrito Federal. Foram incluídos dados de 53 pessoas que vivem com HIV que iniciaram a TARV entre novembro de 2017 e maio de 2018 com pelo menos três consultas farmacêuticas nos seis primeiros meses de seguimento. As variáveis independentes analisadas foram as sociodemográficas, hábitos de vida, qualidade de vida (WHOQOL-versão abreviada) e variáveis clínicas. A variável de desfecho adesão ao tratamento foi mensurada a partir do percentual de retirada dos antirretrovirais na unidade de dispensação nos primeiros 12 meses de tratamento, sendo considerados aderentes os pacientes com pelo menos 80% de retirada. Foi realizada análise descritiva das variáveis e análise bivariada e utilizado o teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher. Nos seis meses de acompanhamento farmacoterapêutico 88,7% dos pacientes foram considerados aderentes ao tratamento, percentual que diminuiu para 75,5% no período pós acompanhamento. Avaliando os 12 meses de TARV, 83% das pessoas vivendo com HIV incluídas no estudo apresentaram adesão satisfatória. Em relação às pessoas que vivem com HIV aderentes, a grande maioria era do sexo masculino, solteiras, com escolaridade acima de 9 anos de estudo, e 52,3% tinham idade até 29 anos média de 32 anos de idade ($DP \pm 10,08$). Em relação aos hábitos de 70,5% ingeria bebida alcóolica e eram 54,5% sedentárias. Quanto ao perfil clínico, 79,5% apresentava comorbidade não relacionada ao HIV, 34,1% apresentava critério definidor de Aids, 64,1% iniciaram a TARV com CD4 acima de 350 céls/mm³ e ao final dos 6 meses de acompanhamento 88,6% apresentavam CD4 acima de 350 céls/mm³ e 97,7% carga viral indetectável, 93,2% realizou pelo menos 2 exames de CD4 e de CV; 77,1% consideraram a qualidade de vida global “boa ou muito boa” na primeira consulta e 88,6% na sexta consulta, 34,3% avaliaram a satisfação como “boa ou muito boa” na primeira consulta e 80,0% na sexta consulta. Em comparação com outros estudos, as médias de adesão, indetecção viral e qualidade de vida foram altas, relacionada a pelo menos cinco consultas, demonstrando a importância do acompanhamento farmacoterapêutico e da rede de apoio aos cuidados das pessoas que vivem com HIV para o alcance das metas terapêuticas sustentáveis.

Palavras chave: HIV; adesão ao tratamento antirretroviral; acompanhamento farmacoterapêutico.

ABSTRACT

The introduction of antiretroviral therapy (ART) has altered the epidemiology of HIV infection with decreased mortality and incidence rates. Brazil was one of the first countries to provide universal and free access to Tarv with a great coverage of treatment. However, mortality rates are still high and one of the main causes may be poor adherence, making it difficult to suppress viral and reestablish immunity. This study aims to analyze the adherence to antiretroviral treatment of a cohort of people living with HIV in pharmacotherapeutic follow-up in a public reference service in the Federal District. We included data from 53 people living with HIV who started TARV between November 2017 and May 2018 with at least 3 pharmaceutical consultations in the first 6 months of follow-up. The independent variables analyzed were sociodemographic, lifestyle, quality of life (WHOQOL-abbreviated version) and clinical variables. The treatment adherence outcome variable was measured from the percentage of antiretroviral withdrawal in the dispensing unit during the first 12 months of treatment, and patients with at least 80% withdrawal were considered adherent. Descriptive analysis of variables and bivariate analysis were performed and the chi-square test or Fisher's exact test was used. In the six months of pharmacotherapeutic follow-up, 88.7% of the patients were considered adherent to the treatment, a percentage that decreased to 75.5% in the post-follow-up period. Evaluating the 12 months of ART, 83% of the people living with HIV included in the study presented satisfactory adherence. In relation to adherent people living with HIV, the majority were male, single, with schooling above 9 years of schooling, and 52.3% were aged up to 29 years, mean age 32 years (SD \pm 10.08). In relation to the habits of 70,5% ingeria alcoholic drink and were 54,5% sedentary. Regarding the clinical profile, 79.5% had non HIV related comorbidity, 34.1% had AIDS-defining criteria, 64.1% started ART with CD4 above 350 cells / mm³ and at the end of 6 months of follow-up, 88.6% had CD4 levels above 350 cells / mm³ and 97.7% undetectable viral load, 93.2% less 2 CD4 and CV tests; 77.1% considered the overall quality of life "good or very good" at the first visit and 88.6% at the sixth consultation, 34.3% rated satisfaction as "good or very good" at the first visit and 80.0% in the sixth query. Compared to other studies, the mean adherence, viral undetec- tion, and quality of life were high, related to at least 5 visits, demonstrating the importance of pharmacotherapeutic follow-up and the network to support people living with HIV care in achieving sustainable therapeutic goals.

Keywords: HIV; adherence to antiretroviral treatment; pharmacotherapeutic care .

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Quadro 1 – Variáveis independentes e categorização

Tabela 1 – Percentual de retirada de medicamento distribuído pelas dispensações no período de 12 meses.

Tabela 2 – Adesão ao tratamento antirretroviral segundo características sociodemográficas e hábitos de vida das PVHIV (n=53).

Tabela 3 - Adesão ao tratamento antirretroviral segundo perfil clínico das PVHIV (n=53).

Tabela 4 – Escore geral da qualidade de vida global e percepção geral da saúde na primeira (1) e última (6) consultas (n=37).

Figura 1 – Contextualização histórica Brasil e Mundo.

Figura 2 – Gráfico do percentual de retirada de medicamento distribuído pelas dispensações no período de 12 meses.

Figura 3 – Adesão baseada no percentual de retirada de medicamentos, comparando os primeiros seis meses com acompanhamento farmacoterapêutico, os 6 meses seguintes e o compilado dos 12 meses.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

TARV – Terapia Antirretroviral

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

CV – Carga Viral

Aids – Do inglês Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

PVHIV – Pessoa Vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana

CD4 – Células Linfócitos T

PCDT – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos

ITRN – Inibidor da Transcriptase Reversa

INI – Inibidor da Integrase

3TC – Lamivudina

TDF – Tenofovir

DTG – Dolutegravir

RAL – Raltegravir

AZT – Zidovudina

UDM – Unidade Dispensadora de Medicamentos Antirretrovirais

IMC – Índice de Massa Corporal

SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

ITRNN – Inibidores da Transcriptase Reversa Não Nucleosídeo

EFZ – Efavirenz

SUMÁRIO

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | APRESENTAÇÃO..... | 11 |
| 2 | INTRODUÇÃO..... | 12 |
| 3 | OBJETIVOS..... | 15 |
| 3.1 | Objetivo Geral..... | 15 |
| 3.2 | Objetivos Específicos..... | 15 |
| 4 | REFERENCIAL TEÓRICO..... | 16 |
| 4.1 | Contexto histórico, Epidemiologia e História Natural do HIV..... | 16 |
| 4.2 | Tratamento, histórico do acesso, protocolos e cascata de cuidado no Brasil..... | 19 |
| 4.3 | Adesão ao tratamento antirretroviral..... | 22 |
| 4.4 | Serviços Farmacêuticos em HIV/Aids..... | 24 |
| 5 | MÉTODOS..... | 28 |
| 6 | RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 32 |
| 6.1 | ARTIGO 1..... | 33 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 57 |
| | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 58 |
| | ANEXOS..... | 60 |

1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Adesão ao Tratamento Antirretroviral por Pessoas que vivem com HIV em acompanhamento Farmacoterapêutico em uma unidade do Distrito Federal”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, em 31 de julho de 2019. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Referencial Teórico, Objetivos e Métodos
2. Artigo
3. Conclusões e/ou Considerações Finais.

Documentos de apoio estão apresentados nos anexos.

2. INTRODUÇÃO

Inicialmente considerada fatal, a manifestação da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) foi reconhecida pela primeira vez entre homens homossexuais nos Estados Unidos em 1981(1). A partir de então, a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) se espalhou pelo mundo e se tornou a pior epidemia do século XX (2), com mais de 35 milhões de mortes e um total de 77,3 milhões de pessoas infectadas até 2017 (3).

Na América Latina, o Brasil sendo país mais populoso concentra 40% de novos casos de HIV, enquanto Argentina, Venezuela, Colômbia, Cuba, Guatemala, México e Peru respondem por outros 41% desses casos (4). No período de 1980 a junho de 2018, foram detectados 982.129 casos de HIV e 926.742 casos de Aids no Brasil e entre 1980 e 2017, foram registradas 327.655 mortes relacionadas à Aids (5). Estima-se que em 2017 havia 866 mil pessoas que vivem com HIV (6) e incidência de 48 mil novos casos (7).

A introdução da terapia antirretroviral (TARV) impactou diretamente a história natural da doença, passando de doença aguda e fatal para doença crônica e manejável, com consequente alteração em sua epidemiologia (8). Os dados mundiais mostram que a prevalência de pessoas que vivem com HIV aumentou, de 27,4 milhões em 2000, para 36,9 milhões em 2017 (9) provavelmente devido ao aumento da sobrevivência a partir do uso da TARV e também, em decorrência do aumento da expectativa de vida geral da população (8,10). O número de mortes relacionadas à Aids corrobora com esses dados, passando de 1,5 milhão de mortes em 2000 para 940 mil em 2017. A incidência diminuiu de 2,8 milhões em 2000 para 1,8 milhão em 2017 (9), provavelmente como resultado da diminuição da transmissão com tratamento mais difundido (8,10), visto que a carga viral (CV) indetectável está relacionada a baixo risco de transmissão (11). Se comparado a 1996 onde havia 3,4 milhões de novos casos registrados, houve queda de 47% para 2017 (9).

Em 2017 21,7 milhões de pessoas que vivem com HIV no mundo tinham acesso à terapia antirretroviral, um aumento de 2,3 milhões em comparação com 2016 e de 8 milhões em comparação com 2010 (3). Nos países em que a disponibilidade de tratamento efetivo com antirretrovirais (Arvs) é ampla, a mortalidade associada a infecção pelo HIV diminuiu de 20% ao ano, em 1996, para menos de 2% ao ano no intervalo recorde de dez anos (12).

O Brasil se tornou o primeiro país a disponibilizar o acesso aos medicamentos antirretrovirais de maneira universal e gratuita através da promulgação da Lei 9.313, em novembro de 1996 (13). Novas estratégias para frear a epidemia foram implementadas em 2013 com a ampliação da oferta de tratamento a todas as pessoas que vivem com HIV, independentemente de seu estado imunológico (contagem de CD4) (4,14). O Brasil tem uma das maiores coberturas de tratamento antirretroviral entre os países de baixa e média renda (3). Sendo 84% (731 mil) das pessoas que vivem com HIV cientes de seu estado sorológico (6,15), mais da metade, 64% (548 mil) recebendo TARV, enquanto a média global foi de 46% (3,6), e 58% (503 mil) com supressão da CV (6,15).

Apesar dos esforços na disponibilização do tratamento ter aumentado a expectativa de vida das pessoas que vivem com HIV, as taxas de mortalidade mundial continuam maior do que seria de esperar com base nas taxas observadas na população em geral. A baixa contagem de CD4, seja devido ao diagnóstico tardio do HIV, início tardio da TARV ou adesão incompleta à TARV impossibilitando a supressão viral, continuam a ser o preditor dominante de expectativa de vida. (16,17).

A adesão pode ser definida como a correspondência entre o comportamento de uma pessoa, como tomar medicamento e seguir uma dieta, às informações acordadas com o profissional de saúde, levando em conta a vontade e participação do paciente (18).

O projeto ATAR, em um estudo prospectivo, acompanhou 288 indivíduos no primeiro ano de terapia antirretroviral em dois serviços públicos de referência no Brasil e mostrou que

indivíduos considerados aderentes ao tratamento tiveram maior ganho médio de CD4 e maior redução média de carga viral quando comparados com aqueles não aderentes. Esse resultado reforça a importância do monitoramento da adesão a terapia antirretroviral, de forma contínua e eficaz, nos serviços de referência, sendo capaz de identificar pacientes com risco de desenvolver falência virológica, reações adversas e permitindo intervenções precoces com possibilidade de preservação de esquemas terapêuticos iniciais (19,20).

Uma revisão de 2007 com 56 artigos, apresentou resultados que chamam a atenção para a necessidade de orientação minuciosa do paciente sobre o processo da terapia, para seu maior conhecimento da situação clínica e melhor compreensão do tratamento. Os serviços de saúde são espaços estratégicos de informação e intervenções sobre a importância da adesão e à adequação do tratamento à rotina de vida do paciente (21). Uma meta-análise de 2012, com 10 estudos, mostrou a associação entre a presença de um farmacêutico clínico e a adesão das pessoas que vivem com HIV. Mostrou também a associação entre a interação do profissional farmacêutico com a redução da carga viral e o aumento do CD4 (22). Outra revisão, de 2015 traz como fatores que dificultam a adesão da Pessoas vivendo com HIV, o distanciamento e a falta de integração do paciente com os profissionais de saúde (23). Um estudo realizado em 10 cidades dos Estados Unidos da América, mostra a relação entre o cuidado farmacêutico e aumento da supressão viral, não necessariamente pelo aumento da adesão, mas pelo melhor manejo do tratamento como um todo (24).

Neste sentido, estudos que analisem a adesão à TARV, são fundamentais para subsidiar os serviços de referência, direcionando as ações no monitoramento adequado das pessoas que vivem com HIV visando a efetividade e segurança do tratamento antirretroviral.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a adesão ao tratamento antirretroviral em uma coorte de pessoas que vivem com HIV em acompanhamento farmacoterapêutico em um serviço público de referência no Distrito Federal.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever as características sociodemográficas e hábitos de vida iniciais de uma coorte clínica de acompanhamento farmacoterapêutico de pessoas que vivem com HIV atendidas em um serviço de referência de dispensação antirretroviral;
- Caracterizar o perfil clínico das pessoas que vivem com HIV incluídas na coorte no período de acompanhamento farmacoterapêutico e seis meses pós acompanhamento;
- Descrever a proporção de adesão ao tratamento antirretroviral das pessoas que vivem com HIV segundo características sócio demográficas, hábitos de vida e perfil clínico dos pacientes.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Contexto histórico, Epidemiologia e História Natural do HIV

O vírus da imunodeficiência humana, subtipo HIV-1 surgiu na África Central por volta de 1950. Cerca de vinte anos depois, o vírus parece ter se espalhado pelo restante do continente africano com a migração de profissionais do sexo e militares, chegando nos Estados Unidos na metade dos anos 70 (25,26).

Em 1981, o Centro de Controle de Doenças (CDC) nos Estados Unidos, descreveu pela primeira vez a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) em jovens homossexuais previamente saudáveis que apresentaram doenças oportunistas típicas de pessoas imunossuprimidas (1). Como ainda não possuía uma nomenclatura oficial, era chamada de “Peste gay” ou “Doença dos 5H” representando os homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroínômanos (usuários de heroína injetável) e hookers (nome em inglês dado às profissionais do sexo) (27).

No Brasil, o primeiro caso detectado da doença ocorreu em 1980 em São Paulo, mas somente em 1982 foi classificado como Aids. Em 1985 o primeiro caso de transmissão vertical, ou seja, de mãe para filho foi registrado e é criado o Grupo de Apoio e Prevenção à Aids (GAPA). Em 1986 surge o Programa Nacional de DST e Aids, criado pelo Ministério da Saúde.

Em 1987, ano em que se tem início o uso do primeiro medicamento para diminuição da replicação viral, a zidovudina inibidor da transcriptase reversa análogo de nucleosídeo (ITRN), foram registrados 2.775 casos de Aids no Brasil. No ano seguinte mais 4.535 casos foram notificados, em 1989 outros 6.295 casos em todo país. Em 1991 inicia-se o uso do medicamento didanosina, também ITRN e 11.805 casos de Aids são notificados (27).

Uma análise da epidemia no Brasil mostra que esta começou nos grandes centros urbanos, mas que passado o surto inicial, esses mesmo grandes centros apresentam o menor aumento relativo da taxa de incidência (28).

Os casos incidentes acumulados de Aids, entre pessoas acima de 13 anos, de 1980 a meados de 2010 somaram 592.898. A região sudeste foi responsável por 58% dos casos, seguida pela região sul com 19,5%, nordeste 12,5%, centro-oeste 5,7% e por fim, região norte com 4,2% (29). A taxa de incidência entre os anos 1987 e 1992 cresceu aproximadamente 36% ao ano, e 12% ao ano entre 1993 e 1996 (28). De 2010 a 2014, foram notificados 203.094 casos de Aids no país. Entre 1980 e 2014, foram 798.366 casos detectados, uma média de 40,6 novos casos ao ano (30). O aumento do número de casos não necessariamente é alarmante, pois pode estar relacionado à ampliação da testagem pelo país (29).

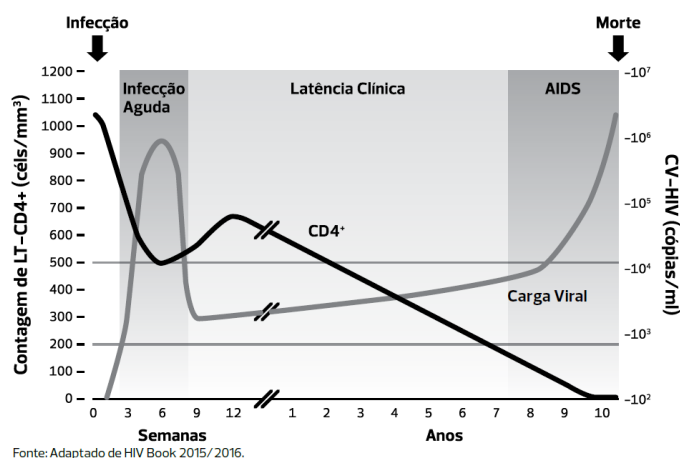
Como veremos a seguir, a introdução da TARV implicou em alterações na epidemiologia da doença. Os dados estatísticos dos últimos 12 anos apurados (2005 a 2017) mostram uma estabilização no número de mortes relacionadas à Aids (aproximadamente 14.000 por ano) e taxas médias de incidência de HIV e na população. Em 2005, com 45.000 novos casos, a taxa média de incidência foi de 0,25 em 1000 habitantes; em 2010, com 47.000 novos casos e 2017 com 48.000 novos casos, ambos foi de 0,24 em 1000 habitantes. Com isso a prevalência aumentou, sendo 490.000 pessoas que vivem com HIV em 2005, 640.000 em 2010 e 860.000 em 2017 (15).

O HIV é um retrovírus da família *Lentiviridae*, pertencente ao grupo dos retrovírus citopáticos e não oncogênicos (31). Para se reproduzir, o vírus identifica e se liga ao Linfócito T (também chamado T helper, com papel essencial na imunidade) através da glicoproteína de sua superfície CD4 que possui alta afinidade à proteína gp120 do vírus (8). Esta interação ocasiona mudanças conformacionais na gp120 que promove a participação de co-receptores, principalmente CCR5 ou CXCR4, os quais são essenciais para a entrada do HIV na célula.

Mudanças conformacionais na membrana ocorrem para a devida fusão do vírus e do Linfócito T. A fusão leva à introdução do capsídeo do HIV na célula e posterior liberação do seu material genético e de enzimas necessárias para a replicação. Para formação de DNA dupla hélice viral a partir de seu material genético RNA, é necessário a utilização da enzima transcriptase reversa do próprio HIV (8,31). O DNA então é transportado para dentro do núcleo celular, sofre clivagens e é incorporado ao DNA da célula do hospedeiro através da enzima integrase. A ativação da célula hospedeira resulta na transcrição do DNA em RNA mensageiro, que é traduzido em proteínas virais. A enzima protease do HIV é necessária para clivar a poliproteína viral precursora em proteínas individuais maduras. O RNA e as proteínas virais agrupam-se na superfície celular como um novo vírion e são liberados para infectar outra célula (32). Quando os vírions são liberados, destroem as células hospedeiras linfócito T, comprometendo a imunidade (26).

A infecção pelo HIV envolve, como representado na figura 1 disponível no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos 2018, 3 fases que variam entre indivíduos de acordo com a resposta imunológica de cada um. A fase I, Infecção aguda, ocorre nas primeiras semanas depois da infecção. Caracteriza-se por alta carga viral (CV) e consequente queda no CD4. Nessa fase o indivíduo desenvolve sintomas típicos de infecções virais, tais como febre, cefaleia, faringite e linfadenomegalia. Na fase II, Latência clínica, o CD4 se mantém acima de 350 céls/mm³, a linfadenomegalia persiste, há plaquetopenia e é comum a ocorrência de doenças bacterianas. À medida que a infecção progride, o CD4 cai e sintomas como diarreia, febre baixa, candidíase e perda ponderal surgem. Já na fase III, Doença avançada/Aids, o CD4 baixa de 350 céls/mm³. Com isso, certas infecções oportunistas surgem, como pneumocistose, neurotoxoplasmose, meningite criptocócica, retinite por citomegalovírus, e neoplasias (Linfoma de Burkitt, Sarcoma de Kaposi e câncer cervical) (33).

Figura 1 – História natural da infecção pelo HIV



As principais formas de adquirir a infecção pelo HIV são transmissão sexual, parenteral (predominantemente entre usuários de drogas injetáveis) e perinatal (34,35). O risco de transmissão do HIV varia de acordo com a carga viral do indivíduo fonte, do modo de transmissão e de outros cofatores. Como exemplo, o risco de transmissão sexual do HIV também é impactado pelo tipo de comportamento sexual e pela presença de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) (34,36–40). No início da epidemia nos anos 80, a principal categoria de exposição era de homens que fazem sexo com homens (sexual) e hemofílicos (parenteral). Logo após, verificou-se que o uso de drogas injetáveis (parenteral) esteve relacionada à expansão da doença para municípios menores. E a partir dos anos 90, a transmissão heterossexual se tornou a principal via de transmissão (28).

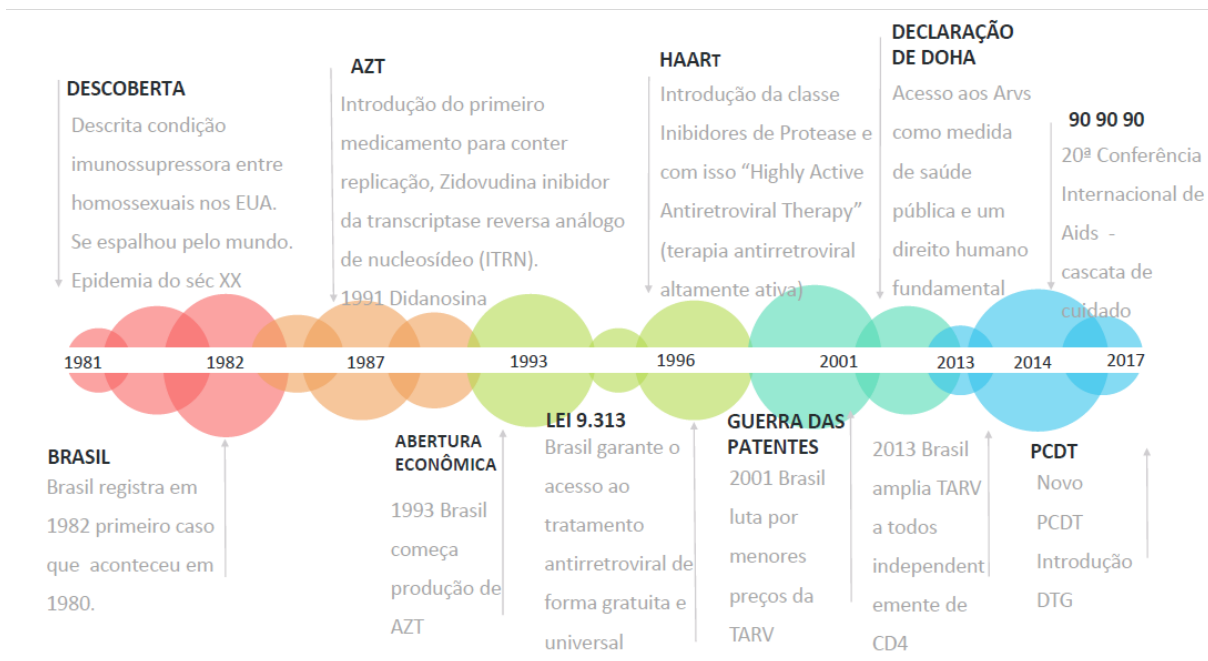


Figura 1 – Contextualização histórica Brasil e Mundo.

Fonte: elaboração própria com uso do layout HiSlide.io

4.2 Tratamento, histórico do acesso, protocolos e cascata de cuidado no Brasil

Como citado anteriormente, em 1987 o uso da zidovudina (AZT) foi aprovado como primeira e única opção de medicamento para redução da replicação viral até 1991 quando surge a didanosina (ddi). No Brasil, o início da década de 90 é marcado pelo processo de abertura econômica, como representado na figura 1, que afeta diretamente a disponibilização e os preços dos medicamentos, sendo que em 1992, o AZT passa a ser importado e distribuído gratuitamente para todo país e em 1993 inicia-se sua produção em território nacional (41,42).

Sendo assim até 1995, a recomendação de esquemas de TARV era baseada na utilização de Inibidores da Transcriptase Reversa (ITRN) tais como o AZT, ddi, lamivudina (3TC) e Inibidores da Transcriptase Reversa Não Nucleosídeo (ITRNN) como o efavirenz (EFZ). No ano seguinte, é aprovada uma nova classe terapêutica, os Inibidores de Protease (IP), com isso inicia-se o uso da Terapia Antirretroviral Altamente Ativa (do inglês Highly Active Antiretroviral Therapy – HAART) (42). Uma coorte realizada com 1255 apresenta o

impacto da introdução dos IPs entre as TARVs. Nela foram acompanhados pacientes em tratamento já com doença avançada entre 1994 (uso de ITRNs monodroga ou combinado) e 1997 (início do uso de Inibidor de protease) e mostrou a redução da mortalidade de 29,4/100 pessoas/ano em 1994, para 8,8/100 pessoas/ano em 1997. A incidência de doenças oportunistas caiu de 21,9/100 pessoas/ano em 1994, para 3,7/100 pessoas/ano (43).

Em 1996, o Brasil garante o acesso ao tratamento antirretroviral de forma gratuita e universal através da Lei 9.313 e é reconhecido pela Unids como primeiro país em desenvolvimento a fornecer a TARV pelo sistema público de saúde (13,41,42).

Já no início dos anos 2000, o Brasil protagonizou a chamada “guerra das patentes” visando a quebra das patentes ou diminuição do preço dos Arvs praticados pelos laboratórios internacionais. Isso culminou na assinatura da Declaração de Doha, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que garantiu o acesso das pessoas que vivem com HIV aos Arvs como medida de saúde pública e um direito humano fundamental (41).

Atualmente o Brasil disponibiliza aproximadamente 20 medicamentos antirretrovirais divididos em 5 classes: Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos – ITRN – são eles: abacavir (ABC), didanosina (ddI), entrecitabina (FTC), lamivudina (3TC), tenofovir (TDF), zidovudina (AZT); Inibidores Não Nucleosídeos da Transcriptase Reversa – ITRNN – efavirenz (EFZ), etravirina (ETR), nevirapina (NVP); Inibidores de Protease – IP – são eles: atazanavir (ATV), darunavir (DRV), fosamprenavir (FPV), ritonavir (RTV), saquinavir (SQV), tipranavir (TPV); Inibidores de Integrase – INI – são eles: dolutegravir (DTG), raltegravir (RAL); Inibidores de Fusão – enfuvirtida; Inibidor de CCR5/Entrada – maraviroque. E claro, as formulações combinadas fixas 3TC+TDF e 3TC+TDF+EFZ.

Os Protocolos Clínicos de Diretrizes Terapêuticas para o Manejo e Infecção do HIV (PCDT) no Brasil são embasados em evidências científicas com aprimoramento das políticas públicas, em consonância com as recomendações da Organização Mundial da Saúde. Nos

primeiros PCDTs, a introdução da TARV era iniciada para pacientes sintomáticos e/ou com contagem de CD4 abaixo de 350 células/mm³ (44)

Novas estratégias para frear a epidemia de Aids foram implementadas em 2013 no Brasil, com a publicação de um novo PCDT que trouxe a ampliação da oferta de tratamento a todas as pessoas que vivem com HIV, independentemente de seu estado imunológico (contagem de CD4) e disponibilização da dose fixada combinada de 3TC+TDF+EFZ (ITRNs+ITRNN), visando facilitar a adesão das pessoas que vivem com HIV ao tratamento (12).

Em 2017, o PCDT foi atualizado tendo o esquema preferencial de TARV inicial a dose fixa combinada de 3TC + TDF (ITRNs) com o dolutegravir (DTG) (INI). O DTG foi aprovado como escolha para iniciar o tratamento por apresentar altas potência e barreira genética à resistência, ou seja, baixa probabilidade de mutação viral, além de dose única diária e menor risco de reações adversas (33).

O esquema alternativo para gestante e/ou coinfeção com tuberculose sem critérios de gravidade passa a ser a dose fixada combinada de 3TC+TDF+EFZ, coinfeção com critérios de gravidade a recomendação é a substituição do EFZ pelo raltegravir (RAL) (II) (33).

Em 2014, a 20^a Conferência Internacional de Aids, sediada em Melbourne na Austrália, lançou as metas globais, para 2020: 90 90 90. Ou seja, pelo menos 90% das pessoas que vivem com HIV ter conhecimento do seu estado sorológico, pelo menos 90% pessoas que vivem com HIV que sabem seu estado sorológico estar em tratamento e pelo menos 90% dessas ter supressão viral (7). Em 2017, o relatório da Unaid mostra que o Brasil alcançou 75 79 81. Sendo assim, 75% das pessoas que vivem com HIV sabiam do seu estado sorológico, 79% dessas tinham acesso à TARV e 81% dessas estava com supressão viral (3). Já a cascata de cuidado tem como denominador as pessoas que vivem com HIV totais, ou seja, 90% das

pessoas que vivem com HIV ter conhecimento do seu estado sorológico, 90% pessoas que vivem com HIV estar em tratamento e 90% ter supressão viral (7).

Em 2017, 1,6 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV no mundo, para Skarbinski e colaboradores 91,5% das novas infecções são causadas por pessoas que vivem com HIV que não sabiam de seu estado sorológico ou que apesar de saberem, não se ligaram a um centro de tratamento (45).

Nos países em que a disponibilidade de tratamento efetivo com antirretrovirais é ampla, a mortalidade associada a infecção pelo HIV diminuiu em média de 20% ao ano em 1996 para menos de 2% ao ano no intervalo recorde de dez anos (12). O Brasil tem uma das maiores coberturas de tratamento antirretroviral entre os países de baixa e média renda, com mais da metade das pessoas que vivem com HIV recebendo TARV, enquanto a média global foi de 46% (3,14).

A base das metas 90 90 90 está na minimização dos danos às pessoas que vivem com HIV e na diminuição da transmissão. Pois quanto maior o número de pessoas que vivem com HIV ciente de seu estado sorológico, mais cedo iniciarão a TARV, quanto maior a retenção desse paciente no serviço melhor o envolvimento dos pacientes com os profissionais de saúde, melhor e mais correto o uso dos medicamentos (45), atingindo o objetivo final e principal da cascata que é ter o maior número possível de pessoas que vivem com HIV com CV indetectável, ou seja, menos desenvolvimento de doença avançada e menos transmissão do vírus (11,45).

4.3 Adesão ao tratamento antirretroviral

O conceito de adesão é amplo e deve ser entendido como um processo multifatorial, a concordância do regime terapêutico com o comportamento do paciente. Para Leite e Vasconcellos, pode ser entendido como a utilização de pelo menos 80% do total dos

medicamentos prescritos, levando em consideração fatores como horário, dose e duração do tratamento (46). Pode ainda ser definida como a correspondência entre o comportamento de uma pessoa, como tomar medicamento e seguir uma dieta, às informações acordadas com o profissional de saúde, levando em conta a vontade e participação do paciente (18). Deve ser discutida antes mesmo do início da TARV, buscando a adequação do esquema por parte dos profissionais de saúde e por parte do paciente (47).

Deve ainda ser um processo colaborativo entre paciente e profissionais de saúde, com o estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde, de maneira a facilitar a aceitação e a integração do esquema terapêutico na rotina diária do paciente, o acesso à informação, trazendo-o à participação ativa nas decisões sobre a terapia. (33).

As razões para o uso subótimo da TARV, apesar da disponibilidade, incluem a falha em testar e diagnosticar o HIV, a incapacidade de ligar e reter a pessoa nos serviços de cuidado, o estigma e as percepções erradas sobre o HIV e seus riscos e a má coordenação dos serviços. Mesmo os custos de transporte podem ser uma grande barreira para os pacientes que tentam acessar a TARV (48).

Um estudo conduzido na China, com 195 pessoas que vivem com HIV em uso de TARV, mostrou que no grupo com adesão total, a CV indetectável era quatro vezes mais frequente do que no grupo com adesão parcial (49). Fatores que afetam a adesão aos Arvs podem incluir o número de comprimidos por dia e/ou à frequência das tomadas ao dia, além de reações adversas.

Os novos regimes terapêuticos por serem menos tóxicos e mais efetivos, facilitam a adesão e adaptação do hábito de tomar o medicamento na rotina diária, conseqüentemente mantem a supressão viral por mais tempo (50). Estudos mostram que o início precoce da TARV, ou seja, com valores de CD4 ainda elevados e CV baixa, são preditores da rápida indetecção da CV e também da permanência desta durante toda a vida (51,52).

Uma metanálise com 27.905 pacientes, em 43 estudos, mostra evidências de que manter uma alta taxa de adesão está ligada à manutenção da CV indetectável e que não há diferença estatisticamente significativa entre pacientes com adesão entre 95% até 100% analisando desfecho CV indetectável (53).

Observada a importância da adesão, sua avaliação precisa é fundamental para um adequado acompanhamento desse paciente pela equipe sendo possíveis intervenções precoces quando necessário. Com a dificuldade da medida “padrão-ouro” (monitoramento biológico), diferentes métodos podem ser utilizados para estimar a adesão, incluindo: autorrelato (entrevista estruturada), prontuário do paciente, contagem de pílulas, registro diário de uso de medicamentos, verificação dos níveis plasmáticos dos ARV, sistema de monitorização eletrônica e os registros de dispensação da farmácia (47,54,55).

Uma revisão de 2017 mostrou que o registro de dispensação de medicamentos é um dos métodos mais utilizados no Brasil, pois geram medidas simples, de baixo custo, não invasivas, que dispensam a aplicação de questionários/entrevistas. Segundo Polejack et al. 2010, a verificação da adesão é feita a partir da data em que é registrada a dispensação desses medicamentos. Esse método é realizado em unidades dispensadoras de medicamentos que possuem sistema informatizado e integrado de dispensa, capaz de gerar relatórios e facilitar o levantamento dos dados. Sua limitação seria a impossibilidade de garantir que a dose dispensada de fato foi administrada, entretanto estudos mostram que a medida de adesão baseada nos registros de dispensação da farmácia tem se mostrado como um indicador válido e confiável em estudos de associação com resultados de CV, CD4, progressão clínica da infecção e mortalidade (47,54,56,57).

4.4 Serviços Farmacêuticos em HIV/Aids

A aproximação do farmacêutico com as linhas de cuidado do paciente, de forma a assumir um papel assistencial e desenvolver ações voltadas para o cuidado, fez com que fosse

necessário o desenvolvimento de uma metodologia para o atendimento aos usuários, com foco na utilização racional de medicamentos e de forma a contribuir para a utilização de uma farmacoterapia necessária, efetiva e segura, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

O chamado método clínico se caracteriza como as etapas do processo de cuidado em saúde, que são desenvolvidas por um profissional de saúde no atendimento dos seus pacientes. Dessa forma, o método clínico associado ao cuidado farmacêutico consiste no caminho percorrido pelo profissional farmacêutico para atingir algumas metas relacionadas à farmacoterapia utilizada pelos pacientes (58).

O método clínico do cuidado farmacêutico, desenvolvido nas consultas, consiste em uma abordagem sistemática aplicável a todos serviços farmacêuticos, composto de quatro etapas: 1) coleta e organização dos dados do usuário; 2) avaliação e identificação de problemas relacionados à farmacoterapia; 3) pactuação de um plano terapêutico com o paciente; e 4) seguimento individual do usuário, quando necessário (58).

O serviço clínico farmacêutico tem por objetivo atender às necessidades dos usuários relacionadas aos medicamentos de forma integrada, contínua, segura e efetiva, visando à obtenção de resultados terapêuticos concretos (58).

A nível ambulatorial, estes serviços devem abranger um elenco de ações assistenciais, de acordo com as necessidades dos pacientes e podem reunir distintos níveis de complexidade e demanda de cuidados. Essas ações assistenciais buscam identificar possíveis problemas, como interações medicamentosas, reações adversas ou baixa adesão ao tratamento, que possam comprometer os resultados terapêuticos. Através da revisão da farmacologia (consiste na avaliação, por parte do farmacêutico, de todos os medicamentos utilizados pelos usuários, prescritos e não prescritos), da conciliação dos medicamentos (se o paciente estiver transitando entre níveis de atenção) e orientação terapêutica (fornecimento de informações

básicas e úteis ao paciente para que este tenha capacidade de tomada de decisão, gerando autoeficácia do paciente) durante o acompanhamento farmacoterapêutico, ou mesmo ainda na dispensação de medicamentos (58,59).

“O cuidado farmacêutico constitui a ação integrada do farmacêutico com a equipe de saúde, centrada no usuário, para promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos. Visa à educação em saúde e à promoção do uso racional de medicamentos prescritos e não prescritos, de terapias alternativas e complementares, por meio dos serviços clínicos farmacêuticos e das atividades técnico-pedagógicas voltadas ao indivíduo, à família, à comunidade e à equipe de saúde (58).

O Ministério da Saúde elenca três momentos cruciais que merecem atenção da equipe multidisciplinar: início da terapia, mudança de esquema terapêutico e retorno de abandono. Recomenda ainda que a equipe se reúna periodicamente para encaminhamentos, discussão de casos clínicos, atendimentos ambulatoriais multidisciplinares para adequação do tratamento às necessidades individuais, a fim de harmonizar opiniões sobre o tratamento mais acertado para o usuário (60).

Estudos mostram que a atuação do farmacêutico clínico tem impacto significativamente positivo na adesão das pessoas que vivem com HIV ao tratamento e sobre desfechos clínicos de HIV. Avaliam ainda que pacientes que receberam acompanhamento farmacoterapêutico apresentam maior conhecimento e empoderamento sobre seu próprio tratamento (61,62).

5. MÉTODOS

5.1 Cenário

O estudo foi realizado na Farmácia Escola do Hospital Universitário de Brasília, unidade dispensadora ambulatorial de antirretrovirais desde 2010. Com cerca de 800 atendimentos de TARV por mês, oferece o serviço de acompanhamento farmacoterapêutico às pessoas que vivem com HIV durante os seis primeiros meses de início da TARV.

5.2 Coorte clínica

Coorte clínica retrospectiva observacional.

Foram incluídos os dados das pessoas que vivem com HIV que iniciaram TARV no período de novembro de 2017 a maio de 2018 em acompanhamento farmacoterapêutico na unidade, com pelo menos três consultas farmacêuticas nos seis primeiros meses de seguimento.

5.3 Coleta dos dados

Dados secundários oriundos do acompanhamento farmacoterapêutico na Farmácia Escola do HUB/UNB/EBSERH.

O serviço de acompanhamento farmacoterapêutico realizado no serviço inclui pessoas que vivem com HIV em início de tratamento antirretroviral. Durante o acompanhamento é realizada uma consulta de entrada (basal) e mais cinco consultas até o 6º mês de tratamento após a entrada no serviço. No 1º e no 6º mês de acompanhamento o instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (versão abreviada)(WHOQOL-bref) é autoaplicado.

Os dados analisados foram extraídos do banco de dados do serviço e se referem às variáveis independentes disponíveis no quadro 1 extraídas do formulário de acompanhamento (ANEXO II).

Essas variáveis foram coletadas em momentos distintos do seguimento. As sociodemográficas, hábitos de vida e perfil clínico apenas na primeira consulta, já as variáveis clínicas relacionadas às metas terapêuticas, valor de CD4 e CV, e qualidade de vida foram coletadas na primeira e na sexta consulta do seguimento. E outros dados clínicos como número de exames, internação e número de consultas, coletados durante os 6 meses de acompanhamento.

Para a avaliação da qualidade de vida, foram utilizadas questões do instrumento WHOQOL-bref (versão abreviada) (63) aplicado no 1º e no 6º mês de acompanhamento, a respeito da qualidade de vida global e percepção geral da saúde, compostas pelas seguintes perguntas: “como você avalia sua qualidade de vida?” e “quão satisfeito você está com sua saúde?”. Foi utilizada uma escala de respostas do tipo Likert (1 – muito ruim; 2 – ruim; 3 – nem ruim nem boa; 4 – boa; 5 – muito boa), que foram classificadas em: Respostas entre 1 – 3,9 (Precisa melhorar/Regular) 4 – 5,9 (Boa/Muito boa).

A variável de desfecho adesão ao tratamento foi mensurada a partir do percentual de retirada dos Arvs pelas pessoas que vivem com HIV na unidade de dispensação, através dos dados disponíveis no SICLOM nos primeiros 12 meses da Tarv (53).

Quadro 1 – Variáveis independentes e categorização

| Variável | Categorização |
|---|--|
| Demográficas | |
| Sexo | Masculino/Feminino |
| Idade | Anos completos |
| Estado civil | Solteiro/Casado |
| Escolaridade | < 9 anos/> 9 anos |
| Presença de limitação | Sim/Não |
| Hábitos de vida | |
| Consumo de bebida alcoólica | Sim/Não |
| Consumo de Tabaco | Sim/Não |
| Consumo de drogas | Sim/Não |
| Atividade física | Sim/Não |
| IMC | |
| Perfil clínico | |
| Doenças oportunista | Sim/Não |
| Internações durante acompanhamento | Sim/Não |
| Número de consultas | 3 a 4/ 5 a 6 |
| Comorbidades não relacionadas ao HIV | Sim/Não |
| Critério de definição de Aids | Sim/Não |
| CD4 Inicial (antes do início da TARV/accompanhamento) | < 350 céls/mm ³ /≥350céls/mm ³ |
| CD4 final (após seis meses do acompanhamento) | < 350 céls/mm ³ /≥350céls/mm ³ |
| Carga viral inicial | <50 cópias/mL/>50 cópias/mL |
| Carga viral final | <50 cópias/mL/>50 cópias/mL |
| Esquema preferencial de TARV (DTG/3TC/TDF) | Sim/Não |
| Acompanhamento pela equipe multiprofissional do HUB | Sim/Não |
| Pelo menos dois exames de CD4 e CV | Sim/Não |
| Qualidade de vida | |
| Através do formulário WHOQOL-BREF | |

Para o cálculo, foi considerada a diferença entre a data da dispensação + quantidade dias de tratamento dispensada e a data de retorno, a partir da segunda dispensação. Diferenças de até dois dias foram classificadas como mais de 95% de dias cobertos de tratamento; diferenças entre três e seis dias, como de 80% a 95% de dias cobertos de tratamento; e diferenças a partir de sete dias, como menos de 80% de dias cobertos de tratamento. Ressalta-se que quando o retorno do paciente acontecia antes da data prevista, a quantidade de dias de

tratamento acumulada era considerada nos cálculos posteriores.

O percentual de retirada foi categorizado da seguinte forma: • Acima de 95%: quando paciente apresentou mais 95% de dias cobertos de tratamento. • Entre 80% e 95%: quando paciente apresentou de 80% a 95% de dias cobertos de tratamento. • Abaixo de 80%: quando paciente apresentou menos de 80% de dias cobertos de tratamento.

As variáveis foram coletadas do banco de dados do acompanhamento farmacoterapêutico, do prontuário eletrônico do hospital e do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos do Ministério da Saúde (SICLOM).

5.4 Análise dos dados

Para fins de análise, o desfecho foi categorizado como “aderente” os pacientes que apresentaram percentual de retirada acima de 80% e “não aderentes” os com percentual abaixo de 80%, de acordo com metanálise de 2016 (53) e o PCDT(33), que consideram satisfatória a administração de pelo menos 80% de doses para obter e manter a supressão viral.

Foi realizada análise descritiva das variáveis analisadas, seguida de análise bivariada para caracterizar os pacientes aderentes e demais variáveis do estudo. A análise dos dados foi realizada no Statistical Package for Social Sciencies® SPSS 21.

5.5 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília (FS/UnB) por meio do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 85133418.0.0000.0030, nº do parecer de aprovação 3.133.545 (Anexo I)

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL POR PESSOAS QUE VIVEM COM HIV (PVHIV) EM ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO NO DISTRITO FEDERAL.

ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL TREATMENT BY PEOPLE LIVING WITH HIV (PLHIV) IN PHARMACOTHERAPEUTICAL FOLLOW-UP IN THE FEDERAL DISTRICT.

Celiane Severino Neiva, Mestranda em Saúde Coletiva pela UNB;

Noemia Urruth Leão Tavares, Professora Dra

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB)

A ser submetido a Revista AIDS Patient Care and STDs

6.1 ARTIGO 1

INTRODUÇÃO

A introdução da terapia antirretroviral (TARV) alterou a epidemiologia do HIV, passando de infecção aguda e fatal para crônica e manejável (1). Entre 2000 e 2017, o número de mortes em todo mundo relacionadas à Aids diminuiu de 1,5 milhão para 940 mil, a incidência passou de 2,8 milhões para 1,8 milhão de novos casos e a prevalência aumentou de 27,4 milhões para 36,9 milhões no mesmo período (2), como consequência também da diminuição da transmissão (1,3), visto que a carga viral (CV) indetectável está relacionada a baixo risco de transmissão (4),

País mais populoso da América Latina, o Brasil concentra 40% dos novos casos de HIV no continente (5). Entre 1980 e junho de 2018, foram registrados 982.129 casos de HIV, 926.742 casos de Aids e nos primeiros 37 anos de história da infecção no país, já foram registradas 327.655 mortes (6). Estima-se que em 2017 havia 866 mil pessoas que vivem com HIV (PVHIV) (7) com uma incidência de 48 mil novos casos (8).

O Brasil se tornou um dos primeiros países a disponibilizar o acesso à TARV de maneira universal e gratuita, em 1996 (9). Em 2013, ampliou a oferta de tratamento a todas as PVHIV, independentemente da contagem de células linfócitos CD4 (5,10). Em 2017, teve seu Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos (PCDT) atualizado, sendo o esquema preferencial de início de TARV definido como dois Inibidores da Transcriptase Reversa (ITRNs): lamivudina (3TC) + tenofovir (TDF) e um Inibidor da Integrase (INI): dolutegravir (DTG) (11).

Em 2018, o Brasil possuía uma das maiores coberturas de tratamento antirretroviral entre os países de baixa e média renda (12), com 84% (731 mil) das pessoas vivendo com HIV cientes de seu estado sorológico, 63% dessas (548 mil) recebendo TARV e dessas, 58% (503 mil) com supressão viral (7,13).

Apesar da disponibilização do tratamento ter aumentado a expectativa de vida das PVHIV, as taxas de mortalidade mundial continuam maior do que o esperado. O diagnóstico e/ou início tardio da TARV associado a possível adesão incompleta dificultam a supressão viral e consequentemente o restabelecimento da imunidade (14–16).

Estudos mostram maior redução média de carga viral e maior ganho médio de linfócitos TCD4+ (CD4) em indivíduos considerados aderentes ao tratamento quando comparados àqueles não aderentes. E chamam atenção à importância do monitoramento da adesão à TARV e dos marcadores clínicos de forma contínua e eficaz, visando intervenções precoces quando necessárias (17–19). Discutem ainda a relação entre a presença e interação do farmacêutico clínico com o paciente e a supressão viral com consequente aumento do CD4, seja pela melhora na adesão, pelo correto manejo do tratamento ou mesmo pela proximidade com o paciente, munindo-o de informações diversificadas sobre o tratamento e sua saúde, trazendo-o à participação ativa do próprio tratamento (20–24), e retendo-o ao serviço, visto que um dos fatores estudados que dificultam a adesão da PVHIV é a falta de integração do paciente com os profissionais de saúde (25,26).

Neste sentido, esse estudo visa analisar a adesão ao tratamento antirretroviral em uma coorte de Pessoas vivendo com HIV em acompanhamento farmacoterapêutico em um serviço público de referência no Distrito Federal.

MÉTODO

Coorte clínica retrospectiva, observacional a partir de dados secundários oriundos do banco de dados do acompanhamento farmacoterapêutico de uma unidade dispensadora de medicamentos antirretrovirais (UDM) vinculada ao ambulatório multiprofissional de um hospital referência para tratamento de pessoas vivendo com HIV no Distrito Federal. Foram

incluídos os dados das pessoas vivendo com HIV que iniciaram TARV no período de novembro de 2017 a maio de 2018 em acompanhamento farmacoterapêutico na unidade, com pelo menos 3 consultas farmacêuticas nos 6 primeiros meses de seguimento.

O serviço de acompanhamento farmacoterapêutico da UDM foi iniciado em 2017 com o foco no uso racional dos medicamentos, visando promover efetividade e segurança do tratamento, tendo como metas terapêuticas a CV indetectável e o CD4 acima de 350 células/mm³. O serviço é realizado através de consultas individuais pelos farmacêuticos e consiste no processo de revisão da farmacoterapia voltado à identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia em contato e consonância com a equipe multiprofissional.

São incluídos no serviço de acompanhamento farmacoterapêutico, pacientes em início de tratamento, sendo realizada uma consulta de entrada (basal) e mais cinco consultas até o 6º mês de tratamento após a entrada no serviço.

As variáveis independentes extraídas do formulário de acompanhamento e/ou prontuário do paciente estão no quadro 1.

Quadro 1 – Variáveis independentes e categorização

| | Variável | Categorização | |
|------------|---|--|-----------|
| | Demográficas | | |
| | Sexo | Masculino/Feminino | |
| | Idade | Anos completos | |
| | Estado civil | Solteiro/Casado | |
| | Escolaridade | < 9 anos/> 9 anos | |
| | Presença de limitação | Sim/Não | |
| | Hábitos de vida | | |
| | Consumo de bebida alcoólica | Sim/Não | |
| | Consumo de Tabaco | Sim/Não | |
| | Consumo de drogas | Sim/Não | |
| | Atividade física | Sim/Não | |
| | IMC | | |
| | Perfil clínico | | |
| | Doenças oportunista | Sim/Não | |
| | Internações durante acompanhamento | Sim/Não | |
| | Número de consultas | 3 a 4/ 5 a 6 | |
| | Comorbidades não relacionadas ao HIV | Sim/Não | |
| | Critério de definição de Aids | Sim/Não | |
| Para a | CD4 Inicial (antes do início da TARV/accompanhamento) | < 350 céls/mm ³ /≥350céls/mm ³ | avaliação |
| da | CD4 final (após seis meses do acompanhamento) | < 350 céls/mm ³ /≥350céls/mm ³ | qualidade |
| de vida, | Carga viral inicial | <50 cópias/mL/>50 cópias/mL | foram |
| utilizadas | Carga viral final | <50 cópias/mL/>50 cópias/mL | questões |
| | Esquema preferencial de TARV (DTG/3TC/TDF) | Sim/Não | |
| do | Acompanhamento pela equipe multiprofissional do HUB | Sim/Não | |
| | Pelo menos dois exames de CD4 e CV | Sim/Não | |
| | Qualidade de vida | | |
| | Através do formulário WHOQOL-BREF | | |

instrumento WHOQOL-bref (versão abreviada) (27) aplicado no 1º e no 6º mês de acompanhamento, a respeito da qualidade de vida global e percepção geral da saúde, compostas pelas seguintes perguntas: “como você avalia sua qualidade de vida?” e “quão satisfeito você está com sua saúde?”. Foi utilizada uma escala de respostas do tipo Likert, composta por cinco elementos, variando entre 1 e 5, que foram classificadas em: Respostas entre 1 – 3,9 (Precisa melhorar/Regular) 4 – 5,9 (Boa/Muito boa).

A variável de desfecho adesão ao tratamento foi mensurada a partir do percentual de retirada dos Arvs pelas PVHIV na unidade de dispensação, através dos dados disponíveis no SICLOM nos primeiros 12 meses da TARV (19). Para o cálculo, foi considerada a diferença entre a data da dispensação + quantidade dias de tratamento dispensada e a data de retorno, a partir da segunda dispensação. Diferenças de até 2 dias foram classificadas como mais de 95% de dias cobertos de tratamento; diferenças entre 3 e 6 dias, como de 80% a 95% de dias cobertos de tratamento; e diferenças a partir de 7 dias, como menos de 80% de dias cobertos de tratamento. Ressalta-se que quando o retorno do paciente acontecia antes da data prevista, a quantidade de dias de tratamento acumulada era considerada nos cálculos posteriores.

O percentual de retirada foi categorizado da seguinte forma: • Acima de 95%: quando paciente apresentou mais 95% de dias cobertos de tratamento. • Entre 80% e 95%: quando paciente apresentou de 80% a 95% de dias cobertos de tratamento. • Abaixo de 80%: quando paciente apresentou menos de 80% de dias cobertos de tratamento.

Para fins de análise, o desfecho foi categorizado como “aderente” os pacientes que apresentaram percentual de retirada acima de 80% e “não aderentes” os com percentual abaixo de 80%, de acordo com metanálise de 2016 (19), que considera satisfatória a administração de pelo menos 80% de doses para obter e manter a supressão viral.

As variáveis foram coletadas do banco de dados do acompanhamento farmacoterapêutico, do prontuário eletrônico do hospital e do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos do Ministério da Saúde (SICLOM).

Foi realizada análise descritiva das variáveis analisadas, seguida de análise bivariada para caracterizar os pacientes aderentes e demais variáveis do estudo por meio do teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher. A análise dos dados foi realizada no Statistical Package for Social Sciencies® SPSS 21, e para a avaliação da significância estatística das diferenças entre os grupos, foi considerado o nível de significância de 5%.

–O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília (FS/UnB) por meio do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 85133418.0.0000.0030, nº do parecer de aprovação 3.133.545.

RESULTADO

No período de novembro de 2017 a maio de 2018, 61 pessoas vivendo com HIV iniciaram TARV e acompanhamento farmacoterapêutico na UDM. Foram duas perdas, uma por mudança de UDM durante o acompanhamento e outra por recusa do acompanhamento, e seis exclusões por não participação de pelo menos três consultas. Portanto, foram incluídas na análise 53 pessoas vivendo com HIV.

A Tabela 1 apresenta os dados da distribuição dos percentuais de retirada por dispensa, no período de 12 meses, considerando que em alguns pacientes levaram mais de 30 dias de tratamento em algumas dispensas. O período de acompanhamento farmacoterapêutico corresponde a D2 a D6, e D7 a D12 corresponde ao período pós acompanhamento. Observa-se a maior frequência de pacientes com percentual de retirada acima de 95% nos 6 meses do acompanhamento farmacoterapêutico, com média de 86,8%. Nos meses pós acompanhamento, a média diminuiu para 82,5%. Já com relação ao percentual de retirada abaixo de 80%, as duas maiores frequências foram observadas no período pós acompanhamento, na D7 (11,3%) e D11 (13,6%) que apresentou maior variabilidade (4,0% a 13,6%) se comparado ao período de acompanhamento (3,8% a 9,4%).

Tabela 1 – Percentual de retirada de medicamento distribuído pelas dispensações no período de 12 meses

| | Dispensa | <80% | | 80-95% | | >95% | |
|------|----------|------|------|--------|------|------|-------|
| | | n | % | n | % | n | % |
| n=53 | D2 | 3 | 5,7% | 2 | 3,8% | 48 | 90,5% |
| n=53 | D3 | 2 | 3,8% | 4 | 7,5% | 47 | 88,7% |

| | | | | | | | |
|------|-----|---|-------|---|-------|----|-------|
| n=53 | D4 | 3 | 5,7% | 5 | 9,4% | 45 | 84,9% |
| n=53 | D5 | 5 | 9,4% | 4 | 7,5% | 44 | 83,1% |
| n=53 | D6 | 2 | 3,8% | 5 | 9,4% | 46 | 86,8% |
| n=53 | D7 | 6 | 11,3% | 6 | 11,3% | 41 | 77,4% |
| n=52 | D8 | 3 | 5,8% | 5 | 9,6% | 44 | 84,6% |
| n=50 | D9 | 3 | 6,0% | 4 | 8,0% | 43 | 86,0% |
| n=50 | D10 | 2 | 4,0% | 7 | 14,0% | 41 | 82,0% |
| n=44 | D11 | 6 | 13,6% | 4 | 9,1% | 34 | 77,3% |
| n=41 | D12 | 3 | 7,3% | 2 | 4,9% | 36 | 87,8% |

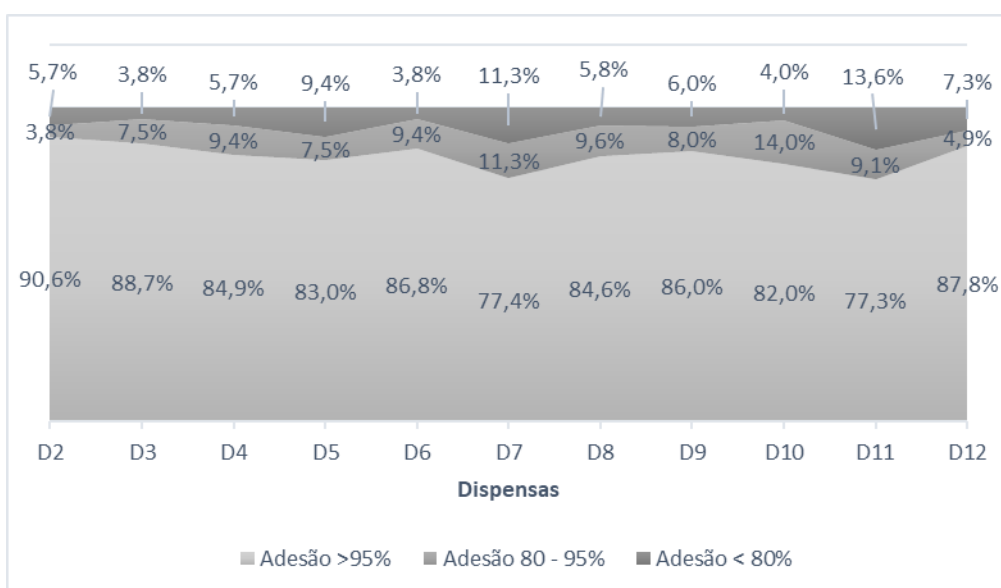


Figura 2 – Gráfico do percentual de retirada de medicamento distribuído pelas dispensações no período de 12 meses.

A figura 1 apresenta a porcentagem de aderentes e não aderentes nos períodos de acompanhamento, pós acompanhamento e período total. Podemos observar que um percentual cerca de duas vezes maior de não aderentes no período pós acompanhamento (11,3% para 24,5%) e consequente queda de 14,8% no grupo aderente (de 88,7% para 75,5%) na mesma comparação. Avaliando o período total de 12 meses, observamos que 83% das pessoas vivendo com HIV incluídas no estudo dos pacientes apresentaram adesão satisfatória.

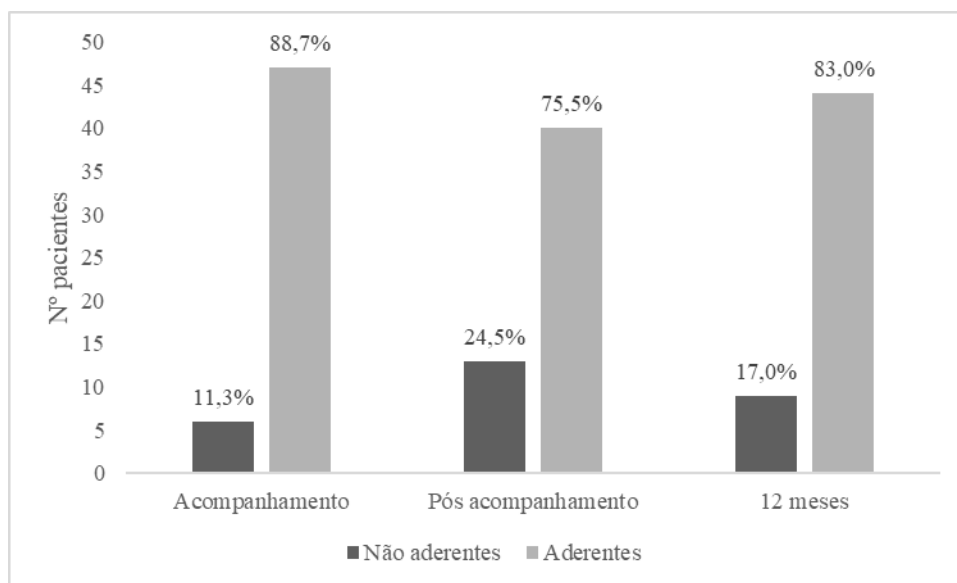


Figura 3 – Adesão baseada no percentual de retirada de medicamentos, comparando os primeiros 6 meses com acompanhamento farmacoterapêutico, os 6 meses seguintes e o compilado dos 12 meses.

A tabela 2 apresenta a distribuição da população de estudo e das pessoas vivendo com HIV que apresentaram adesão satisfatória à TARV, segundo características sociodemográficas e hábitos de vida. Em relação às pessoas vivendo com HIV aderentes, a maioria era composta pelo sexo masculino (90,9%), solteiras ou viviam sozinhas (86,4%), com escolaridade acima de 9 anos de estudo (90,9%); pouco mais da metade com idade até 29 anos (52,3%) com média de 32 anos de idade (DP± 10,08), sendo a mínima 19 anos e a máxima 69 anos. Já em relação aos hábitos de vida, mais da metade das pessoas vivendo com HIV aderentes afirmou ingerir algum tipo de bebida alcoólica (70,5%), negou consumo de tabaco (68,2%) e, dentre as 20,5% que afirmaram utilizar alguma droga ilícita, 44,4% referiram o uso da cocaína. Cerca da metade afirmou não praticar atividade física regularmente (54,5%) e apresentou IMC baixo ou adequado (59,5%).

Em relação ao perfil clínico das pessoas vivendo com HIV aderentes ao tratamento (Tabela 3), dos dados coletados na primeira consulta, a grande maioria (79,5%) apresentava

comorbidade não relacionada ao HIV, como depressão (25,7%) e sífilis (17,1%); menos da metade possuía diagnóstico de alguma doença oportunista (31,8%), sendo herpes a mais prevalente; 34,1% apresentava critério definidor de Aids, a maioria (70,5%) era acompanhada pela equipe multiprofissional do serviço e um PVHIV (2,3%) utilizou esquema alternativo de TARV, 3TC/TDF + RAL por coinfeção com Tuberculose.

Tabela 2 – Adesão ao tratamento antirretroviral segundo características

| Variável | Adesão | | Valor de p |
|------------------------------------|--------|------|------------|
| | n | % | |
| Sexo | | | |
| Masculino | 40 | 90,9 | 1,0* |
| Feminino | 4 | 9,1 | |
| Idade | | | |
| 19-29 anos | 23 | 52,3 | 0,507** |
| 30-39 anos | 12 | 27,3 | |
| >40 anos | 9 | 20,5 | |
| Estado civil | | | |
| Solteiro | 38 | 86,4 | 0,574* |
| Casado | 6 | 13,6 | |
| Escolaridade | | | |
| <9 anos | 4 | 9,1 | 0,267* |
| ≥9 anos | 40 | 90,9 | |
| Limitações físicas | | | |
| Sim | 3 | 6,8 | 1,0* |
| Não | 42 | 93,2 | |
| Consumo de bebida alcoólica | | | |
| Sim | 31 | 70,5 | 0,092* |
| Não | 13 | 29,5 | |
| Consumo de Tabaco | | | |
| Sim | 14 | 31,8 | 0,469* |
| Não | 30 | 68,2 | |
| Consumo de drogas | | | |
| Sim | 9 | 20,5 | 0,406* |
| Não | 35 | 79,5 | |
| Atividade física | | | |
| Sim | 20 | 45,5 | 0,142* |
| Não | 24 | 54,5 | |
| IMC (N=51) | | | |
| Peso baixo a adequado | 25 | 59,5 | 0,455* |
| Sobrepeso a obesidade | 17 | 40,5 | |

*Test Fisher

Dos dados coletados ao longo do acompanhamento, 4,5% dos pacientes apresentaram internação no período, decorrentes de complicações da infecção pelo HIV; pouco mais da metade participou de pelo menos cinco consultas (54,5%), sendo a média de 4,5 consultas por paciente.

Quanto aos parâmetros clínicos de monitoramento coletados na primeira e última consultas, 64,1% das pessoas vivendo com HIV aderentes ao tratamento apresentavam CD4 acima de 350 céls/mm³ antes de iniciar a TARV, e ao final dos seis meses de acompanhamento este percentual aumentou para 88,6%. Todas pessoas vivendo com HIV iniciaram a TARV com CV acima de 1.000 cópias/mL (dados não apresentados na Tabela), e a grande maioria (97,7%) apresentou CV indetectável ao final dos 6 meses de acompanhamento, e realizou pelo menos dois exames de CD4 (93,2%) e de CV(93,2%). Cabe ressaltar que (70,5%) dos pacientes incluídos no estudo era acompanhada pela equipe multiprofissional do serviço.

Com relação às pessoas vivendo com HIV não aderentes (17,0%), cerca de um terço iniciou a TARV e concluiu os seis meses de acompanhamento com CD4 abaixo de 350 céls/mm³, apresentavam 57,2% a mais do que as aderentes alguma doença oportunista, mais que o dobro teve internação relacionada ao avanço da infecção e uma pessoas vivendo com HIV não aderente utilizou esquema alternativo, 3TC/AZT + DTG por apresentar nefropatia, o que contraindica o uso de TDF (dados não apresentados em tabela).

Foram analisados os dados de qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV aderentes ao tratamento, 35 responderam o formulário na primeira e na sexta consultas (Tabela 4). Com relação à percepção da Qualidade de Vida, na primeira consulta 77,1% a consideraram “boa ou muito boa”, aumentando para 88,6% na sexta consulta. Com relação à satisfação com a própria saúde, 65,7% avaliaram que necessitavam melhorar na primeira consulta, e na sexta

consulta apenas 20,0% mantiveram essa resposta e 80,0% responderam considerá-la “boa ou muito boa”.

Tabela 3 - Adesão ao tratamento antirretroviral segundo perfil clínico das PVHIV (n=53).

| Variável | Distribuição | | Adesão | | Valor de p |
|--|--------------|------|--------|------|------------|
| | n | % | n | % | |
| Presença de comorbidade | | | | | |
| Sim | 43 | 81,1 | 35 | 79,5 | 1,00* |
| Não | 10 | 18,9 | 9 | 20,5 | |
| Doença oportunista | | | | | |
| Sim | 19 | 35,8 | 14 | 31,8 | 0,255* |
| Não | 34 | 64,2 | 30 | 68,2 | |
| Critério definidor de Aids | | | | | |
| Sim | 19 | 35,8 | 15 | 34,1 | 0,706* |
| Não | 34 | 64,2 | 29 | 65,9 | |
| Tarv preferencial | | | | | |
| Sim | 51 | 96,2 | 43 | 97,7 | 0,313* |
| Não | 2 | 3,8 | 1 | 2,3 | |
| Acompanhado pela equipe multiprofissional | | | | | |
| Sim | 39 | 73,6 | 31 | 70,5 | 0,416* |
| Não | 14 | 26,4 | 13 | 29,5 | |
| CD4 início da Tarv (n=47) | | | | | |
| <350 | 17 | 36,2 | 14 | 35,9 | 1,0* |
| ≥350 | 30 | 63,8 | 25 | 64,1 | |
| CD4 final 6 primeiros meses da Tarv | | | | | |
| <350 | 8 | 15,1 | 5 | 11,4 | 0,124* |
| ≥350 | 45 | 84,9 | 39 | 88,6 | |
| Nº de exames CD4 durante acompanhamento | | | | | |
| Menos de 2 | 6 | 11,3 | 3 | 6,8 | 0,054* |
| Pelo menos 2 | 47 | 88,7 | 41 | 93,2 | |
| CV final dos 6 primeiros meses da Tarv | | | | | |
| <50 cópias/mL (indetectável) | 51 | 96,2 | 43 | 97,7 | 0,313* |
| >50 cópias/mL | 2 | 3,8 | 1 | 2,3 | |
| Nº de exames CV durante acompanhamento | | | | | |
| Menos de 2 | 4 | 7,5 | 3 | 6,8 | 0,536* |
| Pelo menos 2 | 49 | 92,5 | 41 | 93,2 | |
| Interação durante acompanhamento | | | | | |
| Sim | 3 | 5,7 | 2 | 4,5 | 0,442* |
| Não | 50 | 94,3 | 42 | 95,5 | |
| Número de consultas farmacêuticas | | | | | |
| 3 a 4 consultas | 29 | 54,7 | 20 | 45,5 | 0,003* |
| 5 a 6 consultas | 24 | 45,3 | 24 | 54,5 | |

*Test Fisher

Foram analisados os dados de qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV aderentes ao tratamento, 35 responderam o formulário na primeira e na sexta consultas (Tabela 4). Com relação à percepção da Qualidade de Vida, na primeira consulta 77,1% a consideraram “boa ou muito boa”, aumentando para 88,6% na sexta consulta. Com relação à satisfação com a própria saúde, 65,7% avaliaram que necessitavam melhorar na primeira consulta, e na sexta consulta apenas 20,0% mantiveram essa resposta e 80,0% responderam considerá-la “boa ou muito boa”.

Tabela 4 – Escore geral da qualidade de vida global e percepção geral da saúde na primeira (1) e última (6) consultas dos pacientes aderentes ao tratamento (n=35).

| Score geral | n | % |
|---|----------|----------|
| Percepção da Qualidade de Vida (1) | | |
| Necessita melhorar/regular | 8 | 22,9 |
| Boa ou muito boa | 27 | 77,1 |
| Satisfação com a saúde (1) | | |
| Necessita melhorar/regular | 23 | 65,7 |
| Boa ou muito boa | 12 | 34,3 |
| Percepção da Qualidade de Vida (6) | | |
| Necessita melhorar/regular | 4 | 11,4 |
| Boa ou muito boa | 31 | 88,6 |
| Satisfação com a saúde (6) | | |
| Necessita melhorar/regular | 7 | 20,0 |
| Boa ou muito boa | 28 | 80,0 |

DISCUSSÃO

O presente estudo descreveu os resultados iniciais de uma coorte de pessoas vivendo com HIV em início de TARV em uma unidade de referência assistencial no Distrito Federal, que possui uma média de 1.200 atendimentos mensais de pessoas vivendo com HIV. Os resultados demonstraram que a grande maioria das pessoas vivendo com HIV incluídas durante a implantação do serviço nos primeiros seis meses do acompanhamento farmacoterapêutico, apresentaram alta taxa de adesão com regularidade no percentual retirada da TARV. Também

foi observada boa resposta clínica com quase todas as pessoas vivendo com HIV alcançando as metas terapêuticas clínicas antes mesmo do término do acompanhamento.

Observou-se que a grande maioria dos pacientes apresentou percentual de retirada acima de 95%, no período de acompanhamento farmacoterapêutico, com uma diminuição no período posterior, demonstrando a importância desse serviço para adesão do paciente e consequente efetividade do tratamento (24,28,29). Este resultado pode apontar para a necessidade de ampliação do tempo de acompanhamento e suporte da equipe multiprofissional no início da TARV.

O percentual de retirada abaixo de 80%, ou seja de não adesão, é baixo em comparação com uma análise da adesão das pessoas vivendo com HIV nessa mesma UDM em 2013, quando não havia o serviço de acompanhamento farmacoterapêutico, que foi de 31% à época. Em uma revisão sistemática realizada pelo grupo ATAR, dentre as PVHIV em tratamento sem acompanhamento farmacoterapêutico, a média de não adesão foi de 34,5%, bem superior à dessa coorte que apresentou taxa de 17% (11,30,31).

Com isso, podemos observar que a média de pacientes aderentes nos primeiros seis meses de acompanhamento pode ser considerada alta, e apesar de diminuir na análise dos 12 meses, ainda se mantém satisfatória em comparação com outros estudos (32).

Dentre as pessoas vivendo com HIV aderentes, mais da metade recebeu pelo menos cinco consultas, o que aponta a importância deste serviço farmacêutico para a efetividade do tratamento já que entre as não aderentes, nenhuma recebeu cinco consultas. Esse dado converge com alguns estudos que mostram a relação entre uma maior adesão entre os pacientes que receberam pelo menos cinco meses de acompanhamento farmacoterapêutico (33–35).

Uma metanálise com 100.000 pessoas vivendo com HIV em início de tratamento, avaliou que a adesão de 80% relativa a esquemas com alta barreira genética, eficácia e boa tolerabilidade,

como o DTG, é suficiente para supressão viral de 90% das pessoas vivendo com HIV no primeiro ano do tratamento, em comparação com outros esquemas com inibidores de protease (IP) ou e inibidores da transcriptase reversa não análogos a nucleosídeos (ITRNNs). Dessa maneira, relaciona-se a boa adesão em esquemas com DTG a uma rápida supressão viral (19,29,30,36). Esse dado foi verificado neste estudo ao analisar a adesão média nos 3 recortes apresentados e a rápida e alta taxa de indetecção viral discutidas abaixo.

Das pessoas vivendo com HIV que concluíram o acompanhamento farmacoterapêutico com CV indetectável, praticamente todas realizaram pelo menos dois exames de CV, considerado padrão ouro no monitoramento da resposta à TARV (11), e grande parte apresentou a indetecção entre o 3º e 4º mês. Dado em consonância com a média encontrada na literatura que foi de 4 meses (37). Cabe ressaltar que somente um paciente em acompanhamento farmacoterapêutico com adesão satisfatória, não teve supressão viral no período de seis meses.

Entretanto, é necessário considerar que a supressão viral não está ligada apenas à adesão e a fatores intrínsecos da TARV. O alcance da supressão viral está relacionado também à adequação do tratamento às condições e necessidades clínicas da pessoa vivendo com HIV e à sua rotina, como melhor horário de administração, manejo de possíveis interações medicamentosas ou alimentares e cuidados específicos que podem estar relacionados à atuação de um farmacêutico clínico, que vai além da dispensação (24,38–40). Byrd et al. analisou a supressão viral antes e depois do acompanhamento farmacoterapêutico e demonstrou um aumento de 15% na supressão viral e diminuição de 46% de pacientes com CV maior do que 1.500 cópias/mL após o período de acompanhamento farmacoterapêutico, apesar de não evidenciar necessariamente aumento na adesão (22).

Considerando a importância da avaliação do comprometimento do sistema imune, o PCDT recomenda a realização da contagem de CD4 pelo menos 2 vezes no início do tratamento, o

que foi identificado positivamente na nossa coorte. A baixa contagem de CD4 pode indicar a necessidade de profilaxia ou tratamento de doenças oportunistas que podem acelerar a progressão da infecção e desenvolver maiores complicações (11,20,39). Outro dado importante observado, foi que dentre os aderentes a maioria iniciou TARV com maior CD4, contradizendo alguns estudos que relacionam melhor adesão em pacientes com baixa contagem de células CD4 no início do tratamento, possivelmente por receio de complicações (41). Entretanto, uma coorte com 4.120 pessoas vivendo com HIV no Canadá, encontrou forte associação entre altos valores de CD4 no início da TARV e boa adesão, além de apresentar a maior e mais rápida supressão viral nessa situação. Os autores sugerem que atualmente essa questão está se alterando por haver maior suporte e acompanhamento dos pacientes, disponibilidade de esquemas mais simplificados e melhor tolerados (42).

As características sociodemográficas da população estudada são muito semelhantes às dos pacientes considerados aderentes. Devido a alta frequência de pessoas vivendo com HIV aderentes no estudo e o número de pessoas incluídas ter sido pequeno (n=53), não foi possível estimar as diferenças entre os grupos aderente e não aderente com maior precisão.

O resultado encontrado de maior prevalência de adesão em homens, solteiros com maior escolaridade, foi observada neste estudo, está em consonância com estudos internacionais que analisaram fatores associados à adesão (32,43). Entretanto, encontramos discordância com a literatura em relação à alta frequência de jovens adultos no grupo aderente, pois alguns estudos demonstram que nessa faixa etária pode haver maior comportamento de risco, com alto consumo de álcool e drogas ilícitas (12,32,38,44–46), sendo essas variáveis frequentemente associadas à baixa adesão (41), (32,33,43), (32,43).

Em 2018 o Brasil apresentava uma razão de sexos na faixa etária mais frequente da coorte, entre 19 e 29 anos, de 43 casos em homens para cada 10 em mulheres, valor inferior ao verificado neste estudo, aproximadamente 100:10 (6). A porcentagem de adesão entre

mulheres e homens foi próxima, 80% e 83,3% respectivamente. Esse dado não é reforçado por alguns estudos que mostram menor taxa de adesão entre mulheres, considerando vários fatores sociais e como consequência menor frequência de detecção viral (22,47).

Na análise da qualidade de vida, foi observado dentre os pacientes aderentes que o aumento da percepção da qualidade de vida não é expressivo, o escore já apresentava-se elevado mesmo antes da introdução da TARV, talvez porque na primeira consulta, a pessoas vivendo com HIV ainda não havia sentido alterações estruturais em sua rotina, relacionamentos familiares ou amorosos. A alta escolaridade verificada nesta coorte, de acordo com alguns estudos pode estar relacionada à boa qualidade de vida geral das pessoas vivendo com HIV por maior acesso à informação, por se relacionar ao maior poder aquisitivo que mais comumente indivíduos com alta escolaridade venham a ter (48–50).

Já com relação à satisfação com a própria saúde, o percentual de pacientes que avaliaram como “boa ou muito boa” mais que dobrou da primeira para sexta consulta. Sugerindo que na primeira consulta, ou seja, momento próximo ao do diagnóstico, a avaliação das pessoas vivendo com HIV sobre sua saúde estava influenciada pela angústia e medo da morte e que após os 6 primeiros meses de uso de TARV, reconhecendo sua eficiência com o alcance das metas terapêuticas, passou a ter maior confiança de uma vida saudável e normal (51). Ou mesmo após receber apoio, aconselhamento e tratamento como um todo da equipe multiprofissional, considerando quem apresentava outras comorbidades como exemplo a depressão (52).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As metas propostas pela Organização Mundial de Saúde para 2020 (90-90-90) de testar mais pessoas para que saibam seu estado sorológico, reter mais as pessoas vivendo com HIV no cuidado e aumentar a supressão viral perpassa a adesão ao tratamento. Nesse sentido, o

serviço de acompanhamento farmacoterapêutico busca aproximar a pessoas vivendo com HIV do cuidado e colaborar com a efetividade do tratamento.

Apesar deste estudo ser uma análise inicial da coorte, os resultados positivos de supressão viral, CD4 e da qualidade de vida sugerem a efetividade do acompanhamento farmacoterapêutico em relação à adesão das pessoas vivendo com HIV.

Um dos fatores de maior risco para surgimento de resistência viral é a má adesão ao tratamento. Considerando que esta pode estar relacionada à insuficiência de conhecimento do paciente em relação a seu tratamento, os serviços de saúde são espaços estratégicos de informação e intervenções para garantia da segurança e eficácia do tratamento, com o fortalecimento de ações multiprofissionais.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Feinberg MB. Changing the natural history of HIV disease. *Lancet*. 1996;348(9022):239–46.
2. Informativo RIO, Contra DIAM. – Dia Mundial Contra a Aids 2018 Estatísticas Globais Sobre Hiv 2017. 2018;0–5.
3. UNAIDS. Global Aids Up. Global AIDS Update. Geneva; 2016.
4. UNAIDS. Indetectável = Intransmissível. 2018;
5. UNAIDS BRASIL. Estatísticas UNAIDS Brasil. 2017.
6. Brasil, Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de Vigilância P e C das IS, Transmissíveis do H e das HV. Boletim Epidemiológico - HIV Aids Julho de 2017 a junho de 2018. *Bol epidemiológico AIDS*. 2018;72.

7. Ministério da Saúde. Relatório de Monitoramento Clínico do HIV. Relatório Monit Clínico do HIV [Internet]. 2018; Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/relatorio-de-monitoramento-clinico-do-hiv-2018> [Accessed on 1/31/2019]
8. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Ending Aids Progress Towards the 90-90-90 Targets. Glob Aids Updat [Internet]. 2017;198. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf
9. Brasil. Lei no. 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV e doentes de AIDS [Internet]. Diário Oficial da União BRASÍLIA; 1996 p. 14 nov. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19313.htm
10. Ministério da Saúde. Medicamentos antirretrovirais [Internet]. 2019 [cited 2019 Apr 21]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv/tratamento-para-o-hiv>
11. Ministério da Saúde. Manejo da infecção pelo hiv em adultos. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo. 2018. 412 p.
12. UNAIDS BRASIL. Estatísticas [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 30]. Available from: <http://unaids.org.br/estatisticas/>
13. (UNAIDS) JUNP on H. Many Miles to Go. Philadelphia Inq [Internet]. 2018; Available from: http://www.philly.com/inquirer/special/20090904_STORY_BY_SANDY_NO_HEAD_SPECIFIED.html?viewAll=y
14. Sabin CA. Do people with HIV infection have a normal life expectancy in the era of combination antiretroviral therapy? BMC Med. 2013;11:251.

15. Günthard HF, Saag MS, Benson CA, del Rio C, Eron JJ, Gallant JE, et al. Antiretroviral Drugs for Treatment and Prevention of HIV Infection in Adults. *Jama*. 2016;316(2):191–210.
16. Melchior R, Nemes MIB, Alencar TMD, Buchalla CM. Challenges of treatment adherence by people living with HIV/AIDS in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2007;41(SUPPL. 2):87–93.
17. Rocha GM, Al. E. Monitoring adherence to antiretroviral treatment in Brazil: an urgent challenge Monitoramento da adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: um urgente desafio. *CadSaude Publica, Rio Janeiro*. 2011;01(Sep):67–78.
18. Molino CGRC, Moriel P, Mazzola PG, Carnevale RC, Rodrigues AT. HIV pharmaceutical care in primary healthcare: Improvement in CD4 count and reduction in drug-related problems. *Saudi Pharm J* [Internet]. 2016;25(5):724–33. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsps.2016.11.004>
19. Bezabhe WM, Chalmers L, Bereznicki LR, Peterson GM. Adherence to Antiretroviral Therapy and Virologic Failure. *Med (United States)*. 2016;95(15):1–9.
20. Olson AD, Guiguet M, Zangerle R, Gill J, Perez-Hoyos S, Lodi S, et al. Evaluation of rapid progressors in HIV infection as an extreme phenotype. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014;67(1):15–21.
21. Pellowski JA, Kalichman SC. Health behavior predictors of medication adherence among low health literacy people living with HIV/AIDS. *J Health Psychol*. 2015;21(9):1981–91.
22. Byrd KK, Hou JG, Bush T, Hazen R, Kirkham H, Delpino A, et al. Adherence and viral suppression among participants of the Patient-centered HIV Care Model project—a collaboration between community-based pharmacists and HIV clinical providers. *Clin Infect Dis*. 2019;(Abril).

23. Ashp. Medication Therapy and Patient Care: Specific Practice Areas-Guidelines ASHP Guidelines on Pharmacist Involvement in HIV Care Background and Purpose. 2015;410–33. Available from: www.aids.gov,
24. Al-Quteimat OM, Amer AM. Evidence-based pharmaceutical care: The next chapter in pharmacy practice. *Saudi Pharm J* [Internet]. 2016;24(4):447–51. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsps.2014.07.010>
25. Ceccato M das GB, Acurcio FA, Bonolo P de F, Rocha GM, Guimarães MDC. Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. *Cad Saude Publica*. 2004;20(5):1388–97.
26. Quadri K, Osman M, Abulezz R, Alhamdan H, Ismail S. Pharmacists as Interprofessional Collaborators and Leaders through Clinical Pathways. *Pharmacy*. 2018;6(1):24.
27. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Santos L. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref.” *Rev Saude Publica* [Internet]. 2000;34(2):178–83. Available from: www.fsp.usp.br/rsp
28. Hirsch JD, Gilmer TP, Miller TA, Best BM, Rosenquist A. Evaluation of the First Year of a Pilot Program in Community Pharmacy: HIV/AIDS Medication Therapy Management for Medi-Cal Beneficiaries. *J Manag Care Pharm*. 2009;15(1):32–41.
29. Hirsch JD, Gonzales M, Rosenquist A, Miller TA, Gilmer TP, Best BM. Antiretroviral therapy adherence, medication use, and health care costs during 3 years of a community pharmacy medication therapy management program for Medi-Cal beneficiaries with HIV/AIDS. *J Manag Care Pharm*. 2011;17(3):213–23.
30. Meireles MV, Pascom ARP, Duarte EC, Mcfarland W. Comparative effectiveness of first-line antiretroviral therapy. *Aids*. 2019;1.

31. Cunha T messias pereira da. Registro de dispensação de medicamentos e resposta à terapia antirretroviral. Brasília, 2014. Universidade de Brasília; 2014.
32. Adriano J, Silva G, Alberto C. Silva J A G, Dourado I, Brito A M, Silva C A L. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2015;31(6):1188-1198. 2015;31(6):1188–98.
33. Vielmo L, Campos MMA de, Beck ST, Andrade CS. Atenção farmacêutica na fase inicial de tratamento da AIDS como fator importante na adesão aos antirretrovirais. *Rev Bras Farmácia*. 2014;95(2):617–35.
34. Smith SR, Rublein JC, Marcus C, Brock TP, Chesney MA. A medication self-management program to improve adherence to HIV therapy regimens. *Patient Educ Couns*. 2003;50(2):187–99.
35. Saberi P, Dong BJ, Johnson MO, Greenblatt RM, Cocohoba JM. The impact of HIV clinical pharmacists on HIV treatment outcomes: a systematic review. *Patient Prefer Adherence*. 2012;6:297–322.
36. Messiaen P, Wensing AMJ, Fun A, Nijhuis M, Brusselaers N, Vandekerckhove L. Clinical Use of HIV Integrase Inhibitors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2013;8(1).
37. Van Lunzen J, Maggiolo F, Arribas JR, Rakhmanova A, Yeni P, Young B, et al. Once daily dolutegravir (S/GSK1349572) in combination therapy in antiretroviral-naive adults with HIV: Planned interim 48 week results from SPRING-1, a dose-ranging, randomised, phase 2b trial. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2012;12(2):111–8. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(11\)70290-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(11)70290-0)
38. Saúde MDSS de V em, Departamento de DST A e HV, ADESÃO. Adesão Ao Tratamento Antirretroviral No Brasil: Coletânea de estudos do Projeto ATAR. Brasília; 2010.

39. Carnevale RC, De Godoi Rezende Costa Molino C, Visacri MB, Mazzola PG, Moriel P. Cost analysis of pharmaceutical care provided to HIV-infected patients: An ambispective controlled study. *DARU J Pharm Sci.* 2015;23(1):1–9.
40. Mansoor LE, Dowse R. Medicines information and adherence in HIV. *J Clin Pharm Ther.* 2006;31(1):7–15.
41. Ortego C, Huedo-Medina TB, Vejo J, Llorca FJ. Adherence to highly active antiretroviral therapy in Spain. A meta-analysis. *Gac Sanit.* 2011;25(4):282–9.
42. Lima VD, Reuter A, Harrigan PR, Chau W, Hull M, Mackenzie L, et al. Initiation of antiretroviral therapy at high CD4+ cell counts is associated with positive treatment outcomes. *AIDS.* 2015;29(14):1871–82.
43. EBRAHIMZADEH Z, GOODARZI MA, JOULAEI H. Predicting the Antiretroviral Medication Adherence and CD4 Measure in Patients with HIV/AIDS Based on the Post Traumatic Stress Disorder and Depression. *Iran J Public Health.* 2019;48(1):139–46.
44. Bonolo, Palmira; Gomes R. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV / aids): fatores associados e medidas da adesão *. *Epidemiol e Serviços Saúde.* 2007;16(4):261–78.
45. Centers for Disease Control and Prevention. HIV Surveillance Report 2017. Vol 29. Centers Dis Control Prev [Internet]. 2018;29:129. Available from: <https://www.cdc.gov/hiv/library/reports/hiv-surveillance.html>
46. OW F, CF H, LY F, FK L, WH T, CY Y, et al. Determinants of adherence to highly active antiretroviral therapy (HAART) in Chinese HIV/AIDS patients. *HIV Med* [Internet]. 2003;4(2):133–8. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed6&NEWS=N&AN=2003202097>
47. Floridia M, Giuliano M, Palmisano L, Vella S. Gender differences in the treatment of HIV infection. *Pharmacol Res.* 2008;58(3–4):173–82.

48. Reis RK, Santos CB dos, Dantas RAS, Gir E. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS; Quality of life, sociodemographic factors and sexuality of people living with HIV/AIDS; La calidad de vida: factores sociales, demográficos y de sexuali. *Texto Context enferm* [Internet]. 2011;20(3):365–74. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000300019
49. O’Connell K, Skevington S SSWHG. Preliminary development of the World Health Organisation’s Quality of Life HIV instrument (WHOQOL-HIV): analysis of the pilot version. *Soc Sci Med*. 2003;57(7):1259–75.
50. Shriharsha C, Rentala S. Quality of life among people living with HIV/AIDS and its predictors: A cross-sectional study at ART center, Bagalkot, Karnataka. *J Fam Med Prim Care* [Internet]. 2019;8(3):1011–6. Available from: <http://www.jfmprc.com/article.asp?issn=2249-4863;year=2019;volume=8;issue=3;spage=1011;epage=1016;aulast=Shriharsha>
51. Coutinho MFC, O’Dwyer G, Frossard V. Tratamento antirretroviral: adesão e a influência da depressão em usuários com HIV/Aids atendidos na atenção primária. *Saúde em Debate*. 2018;42(116):148–61.
52. Pyne JM, Fortney JC, Curran GM, Tripathi S, Atkinson JH, Kilbourne AM, et al. Effectiveness of collaborative care for depression in human immunodeficiency virus clinics. *Arch Intern Med*. 2011;171(1):23–31.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As metas propostas pela Organização Mundial de Saúde para 2020 (90-90-90) de testar mais pessoas para que pelo menos 90% saibam seu estado sorológico, reter mais no cuidado e permitir que pelo menos 90% das pessoas vivendo com HIV utilizem a Tarv e aumentar a supressão viral de maneira que pelo menos 90% tenha CV indetectável, perpassa a adesão ao tratamento. Nesse sentido, o serviço de acompanhamento farmacoterapêutico busca aproximar a PVHIV do cuidado e colaborar com a efetividade do tratamento, sendo o HUB/UNB/EBSERH um espaço ideal para concretização da rede multiprofissional em benefício do paciente.

Um dos fatores de maior risco para surgimento de resistência viral é a má adesão ao tratamento. Considerando que esta pode estar relacionada à insuficiência de conhecimento do paciente em relação a seu tratamento, os serviços de saúde são espaços estratégicos de informação e intervenções para garantia da segurança e eficácia do tratamento, com o fortalecimento de ações multiprofissionais.

Durante o período de acompanhamento deste estudo, que envolveu o primeiro ano da implementação do serviço de acompanhamento farmacoterapêutica na Farmácia Escola, os níveis de adesão, se mostraram satisfatórios e sugeriram inclusive a ampliação do tempo de acompanhamento. Apesar de ser uma análise inicial da coorte, os resultados positivos de supressão viral, CD4 e da qualidade de vida sugerem a efetividade do acompanhamento farmacoterapêutico em relação à adesão das PVHIV.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Centers for Disease Control (CDC). Pneumocystis pneumonia-Los Angeles [Internet]. 1981 [cited 2017 Apr 19]. Available from: https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/june_5.htm
2. Centers for Disease Control (CDC). The Global HIV/AIDS pandemic, 2006 [Internet]. 2006 [cited 2017 Apr 19]. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5531a1.htm>
3. UNAIDS BRASIL. Estatísticas [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 30]. Available from: <http://unaids.org.br/estatisticas/>
4. UNAIDS BRASIL. Estatísticas UNAIDS Brasil. 2017.
5. Brasil, Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de Vigilância P e C das IS, Transmissíveis do H e das HV. Boletim Epidemiológico - HIV Aids Julho de 2017 a junho de 2018. Bol epidemiológico AIDS. 2018;72.
6. Ministério da Saúde. Relatório de Monitoramento Clínico do HIV. Relatório Monit Clínico do HIV [Internet]. 2018; Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/relatorio-de-monitoramento-clinico-do-hiv-2018> [Accessed on 1/31/2019]
7. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Ending Aids Progress Towards the 90-90-90 Targets. Glob Aids Updat [Internet]. 2017;198. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf
8. Feinberg MB. Changing the natural history of HIV disease. Lancet. 1996;348(9022):239-46.
9. Informativo RIO, Contra DIAM. – Dia Mundial Contra a Aids 2018 Estatísticas Globais Sobre Hiv 2017. 2018;0-5.
10. UNAIDS. Global Aids Up. Global AIDS Update. Geneva; 2016.

11. UNAIDS. Indetectável = Intransmissível. 2018;
12. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST A e HV. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília; 2013.
13. Brasil. Lei nº. 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV e doentes de AIDS [Internet]. Diário Oficial da União BRASÍLIA; 1996 p. 14 nov. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19313.htm
14. Ministério da Saúde. Medicamentos antirretrovirais [Internet]. 2019 [cited 2019 Apr 21]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv/tratamento-para-o-hiv>
15. (UNAIDS) JUNP on H. Many Miles to Go. Philadelphia Inq [Internet]. 2018; Available from: http://www.philly.com/inquirer/special/20090904_STORY_BY_SANDY_NO_HEAD_SPECIFIED.html?viewAll=y
16. Sabin CA. Do people with HIV infection have a normal life expectancy in the era of combination antiretroviral therapy? BMC Med. 2013;11:251.
17. Günthard HF, Saag MS, Benson CA, del Rio C, Eron JJ, Gallant JE, et al. Antiretroviral Drugs for Treatment and Prevention of HIV Infection in Adults. Jama. 2016;316(2):191–210.
18. Organization WH. Adherence to long-term therapies. 2003.
19. Rocha GM, Al. E. Monitoring adherence to antiretroviral treatment in Brazil : an urgent challenge Monitoramento da adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil : um urgente desafio. CadSaude Publica, Rio Janeiro. 2011;01(Sep):67–78.
20. Molino CGRC, Moriel P, Mazzola PG, Carnevale RC, Rodrigues AT. HIV

- pharmaceutical care in primary healthcare: Improvement in CD4 count and reduction in drug-related problems. *Saudi Pharm J* [Internet]. 2016;25(5):724–33. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsps.2016.11.004>
21. Olson AD, Guiguet M, Zangerle R, Gill J, Perez-Hoyos S, Lodi S, et al. Evaluation of rapid progressors in HIV infection as an extreme phenotype. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014;67(1):15–21.
 22. Pellowski JA, Kalichman SC. Health behavior predictors of medication adherence among low health literacy people living with HIV/AIDS. *J Health Psychol*. 2015;21(9):1981–91.
 23. Ceccato M das GB, Acurcio FA, Bonolo P de F, Rocha GM, Guimarães MDC. Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. *Cad Saude Publica*. 2004;20(5):1388–97.
 24. Byrd KK, Hou JG, Bush T, Hazen R, Kirkham H, Delpino A, et al. Adherence and viral suppression among participants of the Patient-centered HIV Care Model project—a collaboration between community-based pharmacists and HIV clinical providers. *Clin Infect Dis*. 2019;(Abril).
 25. Diab DL, Yerian L, Schauer P, Kashyap SR, Lopez R, Hazen L, et al. Spatial phylodynamics of HIV-1 epidemic emergence in east Africa. 2009;6(11):1249–54.
 26. BRASIL U. INFORMAÇÕES BÁSICAS [Internet]. [cited 2019 Mar 31]. Available from: <https://unaid.org.br/informacoes-basicas/>
 27. SAÚDE M DA. História da Aids [Internet]. 2018 [cited 2019 Apr 16]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/historia-da-aids-1980>
 28. Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MA, de Andrade CL. The spread of the AIDS epidemic in Brazil from 1987 to 1996: a spatial analysis. *Cad saude publica / Minist da Saude, Fund Oswaldo Cruz, Esc Nac Saude Publica* [Internet]. 2000;16(## Suppl 1):7–

19. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000700002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
29. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Departamento de DST A e H virais. AIDS no Brasil. J Bras Doenças Sexualmente Transm. 2012;1(3):87–9.
30. Benzaken AS. Diretrizes Atuais da Resposta Brasileira à Aids Situação Epidemiológica do HIV / Aids.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde [Internet]. 1 EDIÇÃO. BRASÍLIA; 2016. 773 p. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_1ed_atual.pdf
32. Vaishnav Y. The Biochemistry Of Aids. Annu Rev Biochem. 2002;60(1):577–630.
33. Ministério da Saúde. Manejo da infecção pelo hiv em adultos. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo. 2018. 412 p.
34. Quinn TC, Wamer MJ, Sewankambo N, Serwadda D, Li C, Wabwire-Mangen F, et al. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1 transmission of human. N Engl J Med. 2000;342(13):921–9.
35. Piot P. AIDS: from Crisis Management to sustained strategic response. Lancet. 2006;368:526–30.
36. Powers KA, Poole C, Pettifor AE, Cohen MS. Rethinking the heterosexual infectivity of HIV-1: a systematic review and meta-analysis. Lancet Infect Dis. 2008;8(9):553–63.
37. Baggaley RF White RG, Alary M. BMC. Risk of HIV-1 transmission for parenteral exposure and blood transfusion: a systematic review and meta-analysis. Aids.

- 2006;20(6):805–12.
38. Boily MC, Baggaley RF, Wang L, Masse B, White RG, Hayes RJ, et al. Heterosexual risk of HIV-1 infection per sexual act: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet Infect Dis.* 2009;9(2):118–29.
 39. Gray RH, Wawer MJ, Brookmeyer R, Sewankambo NK, Serwadda D, Wabwire-Mangen F, et al. Probability of HIV-1 transmission per coital act in monogamous, heterosexual, HIV-1-discordant couples in Rakai, Uganda. *Lancet.* 2001;357(9263):1149–53.
 40. Dorak MT, Tang J, Penman-Aguilar A, Westfall AO, Zulu I, Lobashevsky ES, et al. Transmission of HIV-1 and HLA-B allele-sharing within serodiscordant heterosexual Zambian couples. *Lancet.* 2004;363(9427):2137–9.
 41. Loyola MA. Medicamentos e saúde pública em tempos de AIDS: metamorfoses de uma política dependente. *Cien Saude Colet.* 2008;13(suppl):763–78.
 42. Galvão J. 1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo. Rio de Janeiro; 2002.
 43. Frank J, Palella, JR., Kathleen M. Delaney, Anne C. Moorman, MPH, Mark O. Loveless, Jack Fuhrer, et al. Declining morbidity and mortality among patients with Advanced Human Immunodeficiency Virus infection. *N Engl J Med.* 1998;338(13):853–60.
 44. Brasil. Ministério da Saúde. Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos Infectados pelo HIV: 2008 [Internet]. 7a Edição. 2008. 1–136 p. Available from: http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/pdf/guia_de_tratamento_pos_exposicao.pdf
 45. Kay ES, Batey DS, Mugavero MJ. The HIV treatment cascade and care continuum: Updates, goals, and recommendations for the future. *AIDS Res Ther.* 2016;13(1):1–7.
 46. Leite SN, Vasconcellos M da PC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para

- a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Cien Saude Colet.* 2003;8(3):775–82.
47. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil : coletânea de estudos do Projeto Atar : Projeto Atar / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
 48. Jaffar S, Amuron B, Foster S, Birungi J, Levin J, Namara G, et al. Rates of virological failure in patients treated in a home-based versus a facility-based HIV-care model in Jinja, southeast Uganda: a cluster-randomised equivalence trial. *Lancet.* 2009;374(9707):2080–9.
 49. OW F, CF H, LY F, FK L, WH T, CY Y, et al. Determinants of adherence to highly active antiretroviral therapy (HAART) in Chinese HIV/AIDS patients. *HIV Med.* 2003;4(2):133–8.
 50. Messiaen P, Wensing AMJ, Fun A, Nijhuis M, Brusselsaers N, Vandekerckhove L. Clinical Use of HIV Integrase Inhibitors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One.* 2013;8(1).
 51. O’Connor J, Smith C, Lampe FC, Johnson MA, Chadwick DR, Nelson M, et al. Durability of viral suppression with first-line antiretroviral therapy in patients with HIV in the UK: an observational cohort study. *Lancet HIV.* 2017;4(7):e295–302.
 52. Tanner Z, Lachowsky N, Ding E, Samji H, Hull M, Cescon A, et al. Predictors of viral suppression and rebound among HIV-positive men who have sex with men in a large multi-site Canadian cohort. *BMC Infect Dis [Internet].* 2016;16(1):1–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12879-016-1926-z>
 53. Bezabhe WM, Chalmers L, Bereznicki LR, Peterson GM. Adherence to Antiretroviral

- Therapy and Virologic Failure. *Med (United States)*. 2016;95(15):1–9.
54. Gomes RR de FM, Machado CJ, Acurcio F de A, Guimarães MDC. Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicador da não-adesão à terapia anti-retroviral em indivíduos infectados pelo HIV. *Cad Saude Publica*. 2009;25(3):495–506.
 55. Rotta I, Salgado TM, Silva ML, Correr CJ, Fernandez-Llimos F. Effectiveness of clinical pharmacy services: an overview of systematic reviews (2000–2010). *Int J Clin Pharm*. 2015;37(5):687–97.
 56. Garbin CAS, Gatto RCJ, Garbin AJI. Adesão à terapia antirretroviral em pacientes HIV soropositivos no Brasil: uma revisão da literatura. *Arch Heal Investig*. 2017;6(2):65–70.
 57. Polejack L, Seidl EMF. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. *Cien Saude Colet*. 2010;15:1201–8.
 58. Brasil, Saúde M da, Secretaria de Ciência TEIE, Estratégicos D de AF e I. Caderno 1: Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saude [Internet]. Vol. 1, Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. 2014. 108 p. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf
 59. Correr CJ, Otuki MF. A prática farmacêutica na farmácia comunitária. Porto Alegre: Artmed; 2013. 454 p.
 60. Melchior R, Nemes MIB, Alencar TMD, Buchalla CM. Challenges of treatment adherence by people living with HIV/AIDS in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2007;41(SUPPL. 2):87–93.
 61. Saberi P, Dong BJ, Johnson MO, Greenblatt RM, Cocohoba JM. The impact of HIV clinical pharmacists on HIV treatment outcomes: a systematic review. *Patient Prefer*

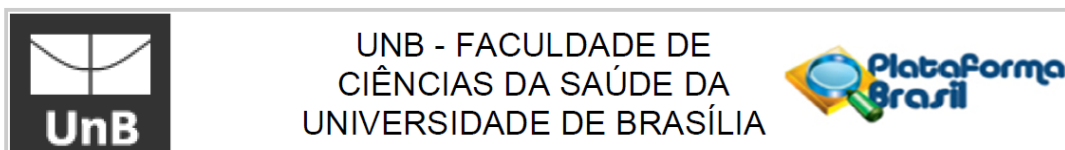
Adherence. 2012;6:297–322.

62. Vielmo L, Campos MMA de, Beck ST, Andrade CS. Atenção farmacêutica na fase inicial de tratamento da AIDS como fator importante na adesão aos antirretrovirais. *Rev Bras Farmácia*. 2014;95(2):617–35.
63. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Santos L. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref.” *Rev Saude Publica* [Internet]. 2000;34(2):178–83. Available from: www.fsp.usp.br/rsp

ANEXOS

- I. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa
- II. Formulário acompanhamento farmacoterapêutico
- III. Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (versão abreviada)(WHOQOL-bref).
- IV. Comprovante de submissão do(s) artigo(s)

Anexo I – Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: CUIDADO FARMACÊUTICO PARA PESSOAS QUE VIVEM COM HIV (PVHIV) NA FARMÁCIA ESCOLA UNB

Pesquisador: NOEMIA URRUTH LEÃO TAVARES

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 85133418.0.0000.0030

Instituição Proponente: FACULDADE DE SAÚDE - FS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.133.545

Apresentação do Projeto:

"O presente projeto será desenvolvido em etapas com diferentes estratégias metodológicas e desenhos quantitativo e qualitativo de acordo com os objetivos do estudo, a saber: 1) Elaboração e validação do Protocolo de Dispensação de TARV e validação do instrumento de acompanhamento farmacoterapêutico. Para validação dos instrumentos, serão realizadas oficinas com a equipe da farmácia escola e equipe interdisciplinar e multiprofissional, utilizando a técnica de consenso grupo nominal e posteriormente um consenso com especialistas na área de serviços farmacêuticos clínicos utilizando o método Delphi. 2) Coorte Clínica: Estudo observacional, será realizada uma coorte clínica retrospectiva onde serão analisados os dados de pacientes que iniciaram TARV entre novembro de 2017 e maio de 2018 em acompanhamento farmacoterapêutico por seis meses na unidade (novembro de 2017 a outubro de 2018). Os dados serão extraídos do banco de dados do serviço, em novembro de 2018 de forma retrospectiva."

"Metodologia Proposta: O presente projeto será desenvolvido na Farmácia Escola (FE) da Universidade de Brasília (UNB), farmácia comunitária ambulatorial vinculada ao Hospital Universitário de Brasília. O presente projeto será desenvolvido em etapas com diferentes estratégias metodológicas quantitativa e qualitativa de acordo com os objetivos do estudo, a saber: 1) Elaboração e validação do Protocolo de Dispensação de TARV. Será elaborado e validado um Protocolo de dispensação de medicamentos antirretrovirais, que permitirá a definição dos

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com



UNB - FACULDADE DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 3.133.545

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 06 de Fevereiro de 2019

Assinado por:
Marie Togashi
(Coordenador(a))

6. USO DE MEDICAMENTOS (Apoio na verificação da adesão)

Autonomia quanto ao uso de medicamentos?

Na última semana deixou de tomar algum de seus medicamentos? Qual medicamento?

Por quê? Se efeito adverso, qual e quando começou?

Se decisão própria, qual o motivo da suspensão do medicamento?

Algum medicamento que o(a) senhor(a) toma causa algum desconforto ou efeito colateral? Preencher formulário de RAM, anexo.

Qual(is) medicamento(s)? De que forma?

Apresenta alergia a algum medicamento? Quais os sintomas?

Local onde guarda os medicamentos em casa

Tem dificuldade no uso de algum medicamento? Medicamento

Quanto é difícil para você abrir ou fechar a embalagem?

Quanto é difícil para você ler o que está escrito na embalagem?

Quanto é difícil para você tomar vários comprimidos ao mesmo tempo?

Tem dificuldade de engolir o medicamento? Se sim, o que faz?

7. HISTÓRICO SOCIAL

Bebidas alcoólicas? Frequência de uso

Tabaco Há quanto tempo parou?

Faz uso de outras drogas? Se sim, qual? Tempo de Uso

Prática atividade física? Tipo de Atividade

Duração Frequência

Sente algum incômodo durante a atividade?

8. DADOS ANTROPOMÉTRICOS E PA

PA mmHg Tipo

Peso kg Circunferência abdominal cm

Altura m IMC #DIV/0!

9. EXAMES LABORATORIAIS (preencher os alterados e os associados aos problemas de saúde do usuário)

| Exame | Valor de Ref. | Resultado | Data | Exame | Valor de Ref. | Resultado | Data |
|-----------------------|--|-----------|------|-------------|-----------------------|-----------------------|------|
| CD4 | 500 - 1400 cel/mm ³ (33 - 51%)* | | | Ácido úrico | Homem 3,5 - 7,2 mg/dL | Mulher 2,6 - 6 mg/dL | |
| CD8 | 255 - 1720 (13,8 - 27,4)* | | | Uréia | 19 - 49 mg/dL | | |
| CD4/CD8 | 1,5 - 3,5* | | | Creatinina | Homem 0,7 - 1,2 mg/dL | Mulher 0,53 - 1 mg/dL | |
| Carga viral | < 50 cópias/mm ³ | | | Sódio | | | |
| Hemograma | Homem Mulher | | | Potássio | | | |
| Glicemia de jejum | 70 - 99mg/dL | | | Magnésio | | | |
| Colesterol total (CT) | < 190mg/dL (Com jejum) | | | Cloreto | | | |
| HDL | > 40mg/dL | | | Cálcio | 8,3 - 10,6 md/dL | | |
| LDL | < 100mg/dL | | | TSH | 0,35 - 5,5 uIU/mL | | |
| VLDL | | | | T4 livre | 0,7 - 1,8m/dL | | |
| Não HDL | < 160mg/dL | | | PCR | | | |
| Triglicérides (TG) | < 150mg/dL (com jejum) | | | EAS | | | |
| TGO | | | | EPF | | | |
| TGP | | | | | | | |
| CPK | | | | | | | |
| Vit. D | > 30ng/mL | | | | | | |
| Vit. B12 | | | | | | | |

* Valores de referência para adultos Laboratório Hermes Pardini. Pode variar de acordo com o laboratório

** Valores de referência para adultos de acordo com SBAC. Pode variar de acordo com o laboratório

10. Observações gerais sobre o paciente e/ou a consulta

Horário do fim da consulta: AGENDAMENTO RETORNO Data Horário Local

11. PROBLEMAS RELACIONADOS À FARMACOTERAPIA

11.1 Problemas relacionados à NECESSIDADE

| Medicamento desnecessário | Medicamento |
|--|-------------|
| <ul style="list-style-type: none"> Assência de indicação clínica definida para o medicamento Uso de múltiplos medicamentos quando monoterapia ou associação de menos medicamentos é mais apropriada Uso de medicamentos quando o tratamento não medicamentoso é mais apropriado Uso de medicamento para tratar reação adversa a outro medicamento Uso recreacional (abusivo) Automedicação | |
| <ul style="list-style-type: none"> Existência de condição clínica sem tratamento Assência de tratamento profilático necessário para reduzir risco de outro problema Necessidade de tratamento adicional/sinérgico | |

11.2 Problemas relacionados à EFETIVIDADE

| Medicamento inefetivo | Medicamento |
|---|-------------|
| <ul style="list-style-type: none"> Medicamento usado não é o mais efetivo para a condição tratada A condição não tratada é refratária ao medicamento usado Medicamento é contraindicado Armazenamento incorreto | |
| <ul style="list-style-type: none"> Prescrição de subdose para produzir a resposta desejada Interação medicamentosa reduz a concentração plasmática do fármaco Intervalo entre doses maior que o necessário para a resposta desejada Duração do tratamento menor que necessário para a resposta desejada Via de administração prescrita de forma incorreta Forma farmacéutica inadequada | |

| 11.3 Problemas relacionados à SEGURANÇA | | Medicamento |
|---|---|-------------|
| Reação adversa ao medicamento | O medicamento produz efeito indesejável independente da dose | |
| | O medicamento produz efeito indesejável dose dependente | |
| | O medicamento produz uma reação alérgica | |
| | O medicamento é contraindicado ou inapropriado (presença de fatores de risco) | |
| | A interação medicamentosa causa uma reação independente da dose | |
| Dose alta | Administração incorreta (a dose foi retirada ou alterada muito rapidamente) | |
| | Precrição de sobredose para a resposta desejada | |
| | O intervalo entre as doses é menor que o recomendado | |
| | Duração do tratamento maior que o necessário para a resposta desejada | |
| | A interação medicamentosa aumenta a concentração plasmática do fármaco | |
| | Via de administração prescrita de forma inadequada | |
| | A dose do medicamento foi administrada muito rapidamente | |

| 11.4 Problemas relacionados à ADESAO | | Medicamento |
|--------------------------------------|---|-------------|
| Não adesão | O paciente não compreendeu as orientações e por isso omite dose | |
| | O paciente não compreendeu as orientações e por isso adiciona dose | |
| | O paciente não compreendeu as orientações e por isso administra de forma incorreta | |
| | O paciente não compreendeu as orientações e por isso utiliza a frequência ou horário de administração incorreto | |
| | O paciente não compreendeu as orientações e por isso faz continuação indevida do medicamento | |
| | O paciente não compreendeu as orientações e por isso faz suspensão indevida do medicamento | |
| | O paciente não compreendeu as orientações e por isso faz o uso abusivo do medicamento | |
| | O paciente prefere não utilizar o medicamento (não-adesão intencional) | |
| | O paciente esquece de utilizar o medicamento | |
| | O paciente tem dificuldade de acesso (não consegue comprar ou pegar no SUS) | |
| | O paciente não consegue engolir/administrar o medicamento corretamente | |
| | O paciente não é capaz de administrar corretamente o medicamento (dificuldades visuais, motoras, cognitivas, etc) | |

| 12. INTERVENÇÕES FARMACÉUTICAS | | Medicamento |
|---|---|-------------|
| Intervenções para resolução dos Problemas relacionados aos medicamentos | Encaminhamento ao médico com sugestão de início de novo tratamento | |
| | Encaminhamento ao médico com sugestão de suspensão de medicamento | |
| | Encaminhamento ao médico com sugestão substituição de medicamento | |
| | Encaminhamento ao médico com sugestão de alteração da forma farmacéutica/produto | |
| | Encaminhamento ao médico com sugestão de alteração de via de administração | |
| | Encaminhamento ao médico com sugestão de aumento da dose diária | |
| | Encaminhamento ao médico com sugestão de redução da dose diária | |
| | Alteração na frequência ou horário de administração sem alteração da dose diária | |
| | Prestar informações necessárias visando desconstruir barreiras que impeçam a adesão ao tratamento | |
| | Orientação sobre formas de acesso ao medicamento | |
| | Solicitação de renovação da prescrição | |
| | Orientação sobre o uso correto dos medicamentos | |
| Intervenções para manejo da doença/situação clínica | Orientação e aconselhamento ao paciente/cuidador sobre um tratamento específico | |
| | Orientação e aconselhamento ao paciente/cuidador sobre os tratamentos de forma geral | |
| | Orientação e aconselhamento ao paciente/cuidador sobre medidas não farmacológicas | |
| | Orientação e aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condição de saúde específica | |
| | Orientação e aconselhamento ao paciente/cuidador sobre condições de saúde de forma geral | |
| | Recomendação de exame laboratorial | |
| | Recomendação de monitoramento não laboratorial | |
| | Recomendação de automonitoramento | |
| | Encaminhamento ao médico (com outros objetivos que não alterar a farmacoterapia) | |
| | Encaminhamento para avaliação da equipe de saúde | |
| Provisão de materiais | Encaminhamento para avaliação de especialista | |
| | Encaminhamento ao Pronto Atendimento | |
| | Lista atualizada dos medicamentos em uso | |
| | Calendário posológico de medicamentos | |
| | Dispositivos para facilitar a adesão, como lembretes com horários dos medicamentos | |
| | Material educativo impresso/panfleto | |
| | Diário para automonitoramento | |
| | Organizador de comprimidos | |

| 13. EVOLUÇÃO FARMACÉUTICA |
|---|
| S [DADOS SUBJETIVOS]: Registro dos dados coletados - dados subjetivos : sintomas identificados pelo paciente/cuidador, crenças, preocupações e outros dados clínicos (história clínica), tentativas de tratamento e expectativas. |
| O [DADOS OBJETIVOS]: Registro dos dados coletados - dados objetivos : sinais ou dados mensurados e/ou observados, incluindo resultados de exame. |
| A [AVALIAÇÃO]: Análise dos dados subjetivos e objetivos a fim de identificar a(s) necessidade(s) e o(s) problema(s) de saúde do paciente, considerando as intervenções possíveis, os fatores que agravam os sinais/sintomas e os sinais de alerta para encaminhamento. |
| P [PLANO]: Na elaboração do plano, devem ser definidos os objetivos terapêuticos, as intervenções e os critérios de acompanhamento para avaliação dos resultados. As opções de intervenção selecionadas podem incluir: terapias farmacológica e não farmacológica, e outras intervenções relacionadas ao cuidado, como o encaminhamento. |

III – Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (versão abreviada)(WHOQOL-bref).

WHOQOL – ABREVIADO (FLECK et al, 2000) - Versão em Português

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

| | | muito ruim | Ruim | nem ruim nem boa | boa | muito boa |
|---|---|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| 1 | Como você avaliaria sua qualidade de vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | muito insatisfeito | Insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
| 2 | Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |