



Universidade de Brasília – UnB
FS– Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Farmácia

JANAÍNA HOMERO DE ALMEIDA

**PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO DE PESSOAS VIVENDO COM
HIV/AIDS INTERNADAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE
BRASÍLIA**

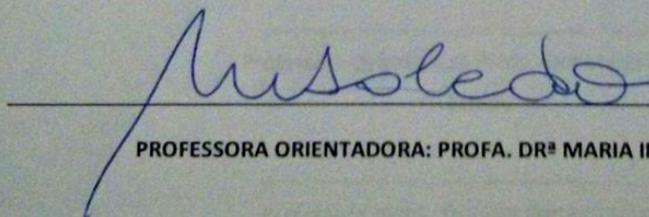
Brasília - DF

2015

JANAÍNA HOMERO DE ALMEIDA

**PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS
INTERNADAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
ao Curso de Farmácia como requisito parcial
para obtenção do título de Farmacêutica.



PROFESSORA ORIENTADORA: PROFA. DR^ª MARIA INÊS DE TOLEDO

Brasília – DF

2015

JANAÍNA HOMERO DE ALMEIDA

**PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS
INTERNADAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA**

A Comissão Examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de
Conclusão do Curso de Farmácia da Universidade de Brasília da aluna

JANAÍNA HOMERO DE ALMEIDA

Professora Orientadora Profa. Dr^a Maria Inês de
Toledo

Professora Profa. Dr^a Elza Ferreira Noronha

Aprovado em ____/____/____, Brasília-DF

Dedico esta obra aos meus pais, que sempre me apoiaram e me deram a força necessária para a conclusão desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado forças para a conclusão deste trabalho.

Agradeço a meus pais pelo apoio sempre confortante e pelo incentivo ao estudo. Agradeço a meus irmãos e a meu namorado, pelo incentivo e motivação que deles recebi.

Agradeço também a minha orientadora, Maria Inês, pela sua paciência e por todo o apoio que recebi ao longo da pesquisa.

“Quanto mais aumenta nosso conhecimento, mais evidente fica nossa ignorância”. (John F. Kennedy)

RESUMO

No Brasil o acesso ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) colaborou para a mudança do perfil da epidemia caracterizada atualmente como doença crônica. As internações são mais frequentes naquelas que apresentam falha ao tratamento ou diagnóstico tardio da doença. Este estudo foi realizado com objetivo de elaborar o perfil farmacoterapêutico de PVHA internadas no Hospital Universitário de Brasília (HUB/UnB) no período de novembro de 2013 a junho de 2014. Foram realizadas entrevistas utilizando questionário com questões abertas e fechadas. A adesão foi avaliada pelo teste de Morisky modificado e a partir das dispensações da terapia antirretroviral (TARV) pela Farmácia Escola do HUB. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (FS-UnB). Foram entrevistados 19 dos 40 pacientes hospitalizados no período de estudo. A maioria (60%) eram homens com mediana de idade de 42 anos (23 e 69) e estava em uso de antirretroviral (ARV), sendo que 32% usavam AZT+3TC+LPV/r, 21% usavam AZT+3TC+EFZ e 11% não usavam TARV. Quanto ao controle da doença, 58% apresentavam contagem de LT-CD4+ inferior a 200 células/mm³. As doenças oportunistas mais frequentes foram candidíase oroesofágica (47%), tuberculose (47%), herpes simplex (37%) e toxoplasmose (32%). As reações adversas relacionadas à TARV mais relatadas foram dor no estômago/azia, vômito, diarreia, insônia, febre, tontura, anemia, náusea, cansaço, dor de cabeça e alteração no paladar. Os pacientes relataram o uso prévio de antimicrobianos (47%), analgésicos, diuréticos e anti-inflamatórios. Mais de 70% dos pacientes mostraram boa adesão de acordo com o teste de Morinsky. Entretanto, 60% retiravam a TARV de forma irregular e 20% haviam abandonado o tratamento. O grupo de pacientes entrevistados apresentou frequentes RAM e essas reações se relacionaram com a falta de adesão a TARV. Além disso, o perfil dos pacientes com HIV/aids internados no HUB, maioria de homens com baixa adesão e dificuldade no controle da doença, é semelhante ao encontrado em outros estudos da população brasileira.

Palavras-chave: síndrome da imunodeficiência adquirida, HIV, infecções oportunistas, hospitalização, terapia antirretroviral, adesão do paciente.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC abacavir

Aids Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ARV antirretroviral

Anvisa Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ATV atazanavir

AZT zidovudina

CV Carga viral

DRV darunavir

ddI didanosina

DF Distrito Federal

DST Doença Sexualmente Transmissível

d4T estavudina

EFZ efavirenz

EUA Estados Unidos da América

FE Farmácia Escola

FDA Food and Drug Administration

FPV fosamprenavir

FTC emtricitabina

FTN Formulário Terapêutico Nacional

HIV Vírus da imunodeficiência humana

ICCR5 Inibidor / Antagonista de correceptores de CCR5

IDV indinavir

IF Inibidor de fusão II Inibidor de integrase

IP Inibidores de protease

ITRN Inibidores de transcriptase reversa análogos de nucleosídeos

ITRNN Inibidores de transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos

ITRNt Inibidores de transcriptase reversa análogo de nucleotídeo

LPV lopinavir

L TCD4 linfócitos TCD4

MVC maraviroque

NFV nelfinavir

NVP nevirapina

MS Ministério da Saúde

OMS Organização Mundial da Saúde

ONU Organização das Nações Unidas

PVHA Pessoas vivendo com HIV/aids

RAL raltegravir

RAM Reação Adversa a Medicamento

RNA Ácido ribonucleico

RTV ritonavir

Siclom Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SQV saquinavir

SUS Sistema Único de Saúde

TARV Terapia antirretroviral

TDF tenofovir

T20 enfuvirtida

3TC lamivudina

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Classificação dos antirretrovirais utilizados no tratamento da infecção pelo HIV

Tabela 2. Recomendações para o início da terapia antirretroviral em pessoas vivendo com HIV/aids

Tabela 3. Manejo para a substituição de tenofovir

Tabela 4. Medicamentos utilizados para tratar as doenças oportunistas nas pessoas vivendo com HIV/aids atendidas no HUB. Brasília 2013-2014

Tabela 5. Esquemas de antirretrovirais utilizados pelas pessoas vivendo com HIV/aids no HUB. Brasília 2013-2014

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Doenças oportunistas em pessoas vivendo com HIV/aids internadas no HUB. Brasília 2013-2014

Figura 2. Reações adversas aos antirretrovirais em pessoas vivendo com HIV/aids internadas no HUB. Brasília 2013-2014

Figura 3. Perfil farmacoterapêutico: medicamentos utilizados pelos pacientes em percentual. Brasília 2013-2014

Figura 4. Escores dos testes de Morisky et al. Modificado por Goldberg et al. Brasília 2013-2014

Figura 5. Perfil de dispensação dos antirretrovirais realizados na Farmácia Escola. Brasília 2013-2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3 JUSTIFICATIVA	17
4 REVISÃO DA LITERATURA	18
4.1 O VÍRUS HIV	18
4.2 HIV NO BRASIL E NO MUNDO	18
4.3 PROGRAMA NO BRASIL	19
4.4 INÍCIO DA TARV – PRIMEIRA LINHA DE TRATAMENTO.....	21
4.5 ADESÃO AO TRATAMENTO	27
4.6 DOENÇAS OPORTUNISTAS	28
4.7 HOSPITALIZAÇÃO	28
5 METODOLOGIA	29
5.1 LOCAL DA PESQUISA.....	29
5.2 ASPECTOS ÉTICOS	29
5.3 ASPECTOS AVALIADOS.....	29
6 RESULTADOS	32
7 DISCUSSÃO:	37
8 CONCLUSÃO	41
9 REFERÊNCIAS	42
10 APÊNDICES	47
10.1 QUESTIONÁRIO PARA REALIZAÇÃO DE ENTREVISTA	47
10.2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:	51
11 ANEXOS	52
11.1 TESTE DE MORISKY	52

1 INTRODUÇÃO

A síndrome da imunodeficiência humana adquirida (aids) é uma doença que possui como agente etiológico o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e que, por comprometer o sistema imunológico, acarreta um conjunto de sinais e sintomas relacionados a imunossupressão dos indivíduos infectados, também denominados pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA) (BRASIL, 2013; GALLO; MONTAGNEIR, 1988).

A política nacional de distribuição de medicamentos para o tratamento de doenças oportunistas e antirretrovirais (ARV) para PVHA datam de 1988 e 1991, respectivamente (PORTELA; LOTROWSKA, 2006). A garantia do acesso universal e gratuito de medicamentos às PVHA em terapia de alta potência foi estabelecida em 1996 (BRASIL, 1999; HACKER ET AL., 2006).

A partir desse ano houve um marco no controle da aids, pois se deu o advento de novas classes medicamentosas antirretrovirais e, com isso, a possibilidade de tratamentos que permitiram associações mais eficazes (SCHAURICH ET AL, 2006; BONOLO ET AL., 2007).

O advento da Terapia Antirretroviral (TARV) e dos medicamentos para tratamento e profilaxia das doenças oportunistas aumentou a expectativa de vida das PVHA (FREEDBERG ET AL, 2001), além de melhorar os indicadores de morbidade e qualidade de vida dos indivíduos que realizam tratamento para o HIV/aids.

Por outro lado, o desenvolvimento do perfil crônico-degenerativo assumido pela aids contribuiu para que as pessoas em uso prolongado da terapia antirretroviral passassem a conviver com maior risco de reações adversas aos medicamentos, coinfeções (como hepatite B ou C) e/ou variantes virais resistentes ao tratamento (BRASIL, 2008).

Eventos adversos da terapia vêm se tornando um desafio cada vez maior e a emergência destes, tardiamente, influi negativamente na qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2008).

O aparecimento de doenças oportunistas, que demandam a hospitalização do paciente, ocorre, principalmente, pela falta de adesão à terapia antirretroviral (TARV) e pelo diagnóstico tardio da doença.

Além disso, a combinação de diversos fatores, como duração do tempo de tratamento, níveis basais de carga viral elevada, padrões de resistência viral, aumento da quantidade e frequência de ingestão de comprimidos, comorbidades psicológicas, ocorrência de interações medicamentosas e uso de álcool e drogas, aumentam as chances de não adesão a TARV (BONOLO; GOMES; GUIMARÃES, 2007).

Um conceito mais amplo de adesão ao tratamento compreende um processo dinâmico e multifatorial, incluindo aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, que compartilha decisões e corresponsabilidades entre o indivíduo que vive com HIV, a equipe e a rede social (CECCATO ET AL., 2004).

No Brasil, desde 1998, as PVHA que iniciam a TARV são cadastradas no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom) das farmácias dispensadoras de ARV, e são orientadas em relação ao esquema prescrito. Embora não seja possível afirmar se os medicamentos retirados da farmácia foram utilizados adequadamente, as informações sobre as dispensações, a partir do Siclom, tornam-se importante instrumento na identificação precoce dos indivíduos não aderentes (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001).

Neste contexto, as unidades dispensadoras dos serviços de referência, podem, pela facilidade de acesso às informações aos pacientes, monitorar e avaliar continuamente as dispensações dos medicamentos antirretrovirais, com identificação rápida das pessoas com retirada irregular ou em risco de abandono do tratamento devido dificuldades na condução do tratamento antirretroviral (GOMES ET AL, 2009). E para alcançar esse objetivo faz-se necessário conhecer o perfil das PVHA, suas demandas e atitudes em relação ao uso da TARV.

Tendo em vista que na hospitalização é possível identificar causas do abandono do tratamento e outros aspectos da falta de adesão e/ou falha do tratamento, estudar esses aspectos é importante para aumentar a qualidade da assistência às PVHA.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar o perfil farmacoterapêutico de pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) hospitalizadas no HUB.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar reação adversa ao medicamento (RAM), falta de adesão a terapia antirretroviral (TARV) e avaliar o uso de outros medicamentos, com o objetivo de identificar possíveis interações com a TARV.

3 JUSTIFICATIVA

A adesão ao tratamento nos casos das doenças crônicas como o HIV é fundamental para o sucesso do tratamento. O uso incorreto dos ARV pode ocasionar a falência terapêutica, bem como induzir o aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos existentes (CARACIOLO ET AL., 2007).

A combinação de diversos fatores associados à adesão aos ARV, como duração do tempo de tratamento, níveis basais de carga viral elevada, padrões de resistência viral, aumento da quantidade e frequência de ingestão de comprimidos e comorbidades psicológicas, aumentaram as chances de não adesão a TARV (BONOLO; GOMES; GUIMARÃES, 2007).

Um conceito mais amplo de adesão visualiza um processo dinâmico e multifatorial, incluindo aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, que compartilha decisões e responsabilidades entre o indivíduo que vive com HIV, a equipe e a rede social (CECCATO ET AL., 2004).

Um fato importante, demonstrado por uma revisão sistemática de 64 estudos clínicos randomizados e 15 coortes, nos diz que embora o aparecimento de eventos adversos seja a causa mais comum da interrupção do tratamento, somente em metade dos estudos estes foram relatados (CARR, 2009). Outro estudo mostra que uma distribuição incomum de gordura corporal é considerada desagradável e que pode ser motivo para interromper a TARV (MANN, 1999).

O aparecimento de doenças oportunistas que demandam a hospitalização do paciente ocorre principalmente pela falta de adesão a TARV e outras complicações. O diagnóstico tardio da doença também está associado à hospitalização.

Assim investigar no momento da hospitalização o uso prévio de medicamentos da TARV, bem como reações adversas e outros medicamentos usados pelo paciente é de fundamental importância para o desfecho do tratamento a ser instituído durante a hospitalização. Além disso, a partir desses dados é possível identificar as falhas que ocorreram no atendimento ambulatorial.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 O VÍRUS HIV

O ciclo de replicação do HIV se inicia quando o vírus reconhece duas importantes células do sistema imune humano – os macrófagos e os linfócitos T CD4+ (TCD4+). O reconhecimento se dá quando a proteína gp 120 do envelope viral reconhece o receptor CD4 e o co-receptor CCR5 ou CXCR4 dos macrófagos ou linfócitos. Após o reconhecimento, o envelope do vírus se funde com a membrana da célula alvo liberando o capsídeo no citoplasma desta célula hospedeira (KUMAR, 2014).

A partir desse momento, inicia-se a replicação do genoma viral no citoplasma celular pela ação da enzima transcriptase-reversa que transforma o RNA em DNA. Após essa transformação, o DNA viral é chamado de pró-vírus e penetra no núcleo da célula hospedeira e passa a integrar-se ao seu genoma. O vírus pode permanecer de forma latente por anos no genoma do hospedeiro para só depois iniciar sua replicação (CHAN, 1998; MADIGAN, 2010).

Atualmente, o vírus é bem conhecido e descrito na literatura, no que diz respeito às estruturas virais, ao modo de transmissão, evolução da doença e diagnóstico. Como já relatado para outras DST, a principal via de transmissão do HIV é a sexual, incluindo sexo vaginal, oral e anal. Porém, a transmissão direta (principalmente por transfusão sanguínea ou compartilhamento de agulhas contaminadas) e a transmissão vertical (mãe para o filho durante a gestação, no parto ou amamentação) também são bastante frequentes (BRASIL, 2006).

4.2 HIV NO BRASIL E NO MUNDO

A aids foi reconhecida em 1981, nos Estados Unidos, a partir da identificação de um número elevado de adultos do sexo masculino e homossexuais, que apresentaram sarcoma de Kaposi, pneumonia por *Pneumocystis carinii* e comprometimento do sistema imune (GALVÃO, 2000). Desde então, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), quase 70 milhões de pessoas foram infectadas com o HIV e aproximadamente 35 milhões de pessoas morreram de aids desde o início da epidemia. Atualmente, cerca de 35,3 milhões de pessoas vivem com HIV em todo o mundo, tendo

sido identificadas em torno de 6.300 infecções por dia em 2012. Ressalta-se que 95% destas em países de baixa e média renda, 47% entre mulheres e 19% em jovens (19 a 24 anos) (WHO, 2013).

No Brasil, em 1980, foi descoberto o primeiro caso de aids na cidade de São Paulo, sendo confirmado 2 anos mais tarde (GALVÃO, 2000). O Brasil foi um dos primeiros países a adotar políticas de saúde expressivas no atendimento aos portadores do HIV, destacando-se o acesso universal e gratuito à TARV e aos medicamentos para profilaxia e tratamento das infecções oportunistas (BRASIL, 2008).

4.3 PROGRAMA NO BRASIL

A detecção precoce deve ser estimulada por ações governamentais, pelos profissionais e serviços de saúde. Uma vez que retarda a manifestação do HIV, ocorre a diminuição da proliferação e infecção diminuindo o risco de falha terapêutica (BRASIL, 2013B; GRINSZTEJN ET AL, 2009). As estratégias de tratamento objetivam melhorar a qualidade de vida, por meio da utilização dos medicamentos antirretrovirais fornecidos gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e no investimento na melhoria do cuidado contínuo desses indivíduos (BRASIL, 2006; BRASIL, 2013^a; MONTANER, 2013).

Em 1985, a Portaria do Ministério da Saúde, n° 236, de 2 de maio de 1985, criou um programa federal de controle da AIDS (BRASIL, 1985). Neste contexto, o Brasil avançou no âmbito das políticas públicas no que se refere as PVHA, com implementação de um programa pioneiro e amplo de acesso aos medicamentos antirretrovirais e seu monitoramento. Em 1991, o governo federal iniciou a aquisição e a distribuição gratuita dos medicamentos antirretrovirais aos portadores do HIV e doentes de aids, sendo regulamentadas pela Lei n° 9.313, de 13 de novembro de 1996 (BRASIL, 1996). Assim, a introdução e o acesso gratuito da TARV possibilitaram o tratamento com melhora clínica, prolongamento do tempo de vida dos portadores de HIV e diminuição da transmissão do vírus.

Os medicamentos antirretrovirais, adquiridos pelo MS, são repassados às secretarias de saúde estaduais e do Distrito Federal (DF) que os distribuem às unidades responsáveis pela dispensação aos usuários cadastrados no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom), que permite a atualização do panorama nacional

sobre o fornecimento de medicamentos aos usuários SUS em Terapia Antirretroviral de Alta Atividade (TARV), nas várias regiões do país. Os medicamentos destinados ao tratamento das infecções oportunistas são de responsabilidade do DF, dos estados ou municípios, conforme pactuação ocorrida na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (BRASIL, 2011).

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, publicado em 2013, recomenda a TARV para todas as pessoas infectadas pelo HIV, independentemente de seu estado imunológico e inclui a possibilidade de antecipação do início do tratamento entre parceiros sexuais fixos soro-discordantes, quando apenas um dos parceiros possui infecção pelo HIV (BRASIL, 2013B).

O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, do Ministério da Saúde (MS), conta com o apoio do Banco Mundial para financiamento de ações de fortalecimento da efetividade e eficiência do programa brasileiro de controle de aids e outras doenças sexualmente transmissíveis e redução da a incidência de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e infecção pelo HIV (BRASIL, 2012C). O MS publicou a Portaria 3.276 de 26 de dezembro de 2013 que regulamenta o incentivo financeiro de custeio às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e Hepatites Virais.

A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do estado é quem define a distribuição do valor dos recursos financeiros para municípios e para estado (BRASIL, 2013D). O apoio financeiro é destinado aos estados, municípios, organizações da sociedade civil e organizações não governamentais, conforme Acordo de Empréstimo, celebrado entre o Banco Mundial e o Brasil (BRASIL, 2012C). O incentivo também poderá ser destinado à manutenção de casa de apoio para PVHA e à aquisição de fórmula infantil para crianças nascidas de mães soropositivas. A portaria define as regras de financiamento, monitoramento dos recursos e critérios gerais da utilização dos recursos.

Os valores a serem distribuídos às secretarias estaduais e municipais de saúde dependerão de critérios como número de casos de aids, hepatite B e C e de nascidos com sífilis congênita (BRASIL, 2013D).

4.4 INÍCIO DA TARV – PRIMEIRA LINHA DE TRATAMENTO.

De acordo com Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para adultos vivendo com HIV/aids (2013), a implantação da terapia antirretroviral (TARV) tem por objetivo diminuir a morbidade e mortalidade das PVHA, melhorando a qualidade e a expectativa de vida, e não erradicar a infecção pelo HIV. Além da recomendação para tratamento inicial, o documento preconiza o uso de medicamentos disponíveis no programa brasileiro conforme as classes terapêuticas.

Tabela 1. Classificação dos antirretrovirais utilizados no tratamento da infecção pelo HIV

Classe	ARV
Inibidores de transcriptase reversa análogos de nucleosídeo (ITRN)	abacavir, didanosina, estavudina, emtricitabina, lamivudine, zidovudina
Inibidor de transcriptase reversa análogo de nucleotídeo (ITRNt)	tenofovir
Inibidores de transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos (ITRNN)	efavirenz, nevirapina
Inibidores de Protease (IP)	amprenavir, atazanavir, darunavir, fosamprenavir, indinavir, lopinavir, nelfinavir, ritonavir, saquinavir
Inibidor de Fusão (IF)	enfuvirtida
Inibidor de Integrase (II)	raltegravir
Inibidor/ Antagonista de correceptores de CCR5 (ICCR5)	maraviroque

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos, 2013

Desde a descoberta dos ARV pesquisas buscam estabelecer critérios para o tratamento da aids, inclusive o melhor momento para 21nicia-lo. Estudos revelam que a capacidade de recuperar e aumentar os L TCD4 é menor entre pacientes que iniciam tratamento mais tardiamente e a expectativa de vida dos pacientes em TARV torna-se semelhante à da população geral, quando são mantidas CV indetectável e contagem de L TCD4 acima de 500 células/mm³. Assim, recomenda-se o início mais precoce da

TARV, em períodos com maior capacidade de recuperação desses linfócitos. Além da melhora clínica, o início da TARV mais precoce é importante na redução da transmissão do HIV (BRASIL, 2013B).

Baseado em diversas evidências, no final de 2013 o MS modificou o tratamento da aids no Brasil, estabeleceu novos critérios para o início da TARV e modificou os medicamentos da primeira linha de tratamento. Atualmente a indicação é estimular o início imediato da TARV para todas as PVHA, independentemente do valor da contagem de L TCD4 (BRASIL, 2013B).

Tabela 2. Recomendações para início de terapia antirretroviral em pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA)

Todas as PVHA, independentemente da contagem de CD4	
Estimular início imediato da TARV, na perspectiva de redução da transmissibilidade do HIV, considerando a motivação da PVHA	
Sintomáticos (incluindo tuberculose ativa), independentemente da contagem de CD4	
Iniciar TARV	
Assintomáticos	
CD4 \leq 500 células/mm ³	Iniciar TARV
CD4 > 500 células/mm ³	Iniciar TARV na coinfeção HIV-HBV com indicação de tratamento para hepatite B <u>Considerar TARV nas seguintes situações:</u> - neoplasias não definidoras de aids com indicação de quimioterapia ou radioterapia - doença cardiovascular estabelecida ou risco cardiovascular elevado (acima de 20%, segundo escore de Framingham) - coinfeção HIV-HCV - carga viral do HIV acima de 100.000 cópias/ml
Sem contagem de LT-CD4+ disponível	Na impossibilidade de se obter contagem de CD4, não se deve adiar o tratamento.
Gestantes	Iniciar TARV

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos, 2013

Vários estudos demonstram que o uso de antirretrovirais representa uma potente intervenção para a prevenção da transmissão do HIV. Uma metanálise de 11 estudos de coorte que incluíram 5.021 casais heterossexuais sorodiscordantes descreveu 461 episódios de transmissão e nenhum episódio quando o parceiro infectado estava sob tratamento e com carga viral plasmática abaixo de 400 cópias/mL.

Posteriormente, foram publicados os resultados de um estudo prospectivo em uma coorte africana envolvendo 3.381 casais heterossexuais sorodiscordantes, em que 349 indivíduos iniciaram tratamento durante o período de seguimento. Apenas um caso de transmissão ocorreu nas parcerias dos participantes que estavam em tratamento e 102 nas parcerias em que a pessoa infectada pelo HIV não estava em tratamento, o que representou redução de 92% no risco de transmissão.

Mais recentemente, foram publicados os resultados do estudo HPTN052, o primeiro ensaio clínico randomizado que avaliou a transmissão sexual do HIV entre casais sorodiscordantes. Foram randomizados 1.763 casais com contagem de LT-CD4+ entre 350 e 550 células/mm³ para início imediato do tratamento ou para iniciá-lo quando a contagem de LT-CD4+ estivesse abaixo de 250 células/mm³. Durante o estudo, ocorreram 39 episódios de transmissão, dos quais 28 foram virologicamente vinculados ao parceiro infectado; apenas um episódio ocorreu no grupo de terapia precoce, observando-se diminuição de 96% na taxa de transmissão quando a pessoa que vive com HIV iniciava tratamento com contagem de LT-CD4+ entre 350 e 550 células/mm³.

A TARV está indicada para todos os indivíduos sintomáticos, independentemente da contagem de LT-CD4+ (BRASIL, 2013B). Entende-se por sintomáticos os pacientes com:

Manifestações clínicas atribuídas diretamente ao HIV:

- Nefropatia associada ao HIV (NAHIV): é uma forma clássica de acometimento glomerular que pode ocorrer com qualquer nível de LT-CD4+. Manifesta-se por proteinúria intensa e hipoalbuminemia, habitualmente sem sinais clínicos de hipertensão arterial ou edema.
- Alterações neurológicas atribuídas ao HIV, incluindo alterações neurocognitivas, como perda da memória, lentificação psicomotora e déficit de atenção. Em uma fase inicial da demência associada ao HIV, esses sintomas costumam ser leves, evoluindo para déficits mais graves, tais como distúrbios da marcha, tremor e perda da habilidade motora fina.
- Cardiomiopatia associada ao HIV.

COMPOSIÇÃO DO ESQUEMA ARV COM ITRNN

A terapia inicial deve sempre incluir combinações de três antirretrovirais, sendo dois ITRN/ITRNt associados a um ITRNN. Como regra, o esquema de primeira linha deve ser o seguinte: Esquema de terapia inicial – primeira linha TDF + 3TC + EFV na apresentação de dose fixa combinada, sempre que disponível Tenofovir + lamivudina (BRASIL, 2013B).

A associação de tenofovir com lamivudina (TDF/3TC) apresenta um perfil de toxicidade favorável em relação à lipoatrofia e à toxicidade hematológica quando comparada ao AZT, e permite tomada única diária. Essa associação é também recomendada para os casos de coinfeção HIV-HBV. O TDF é um análogo de nucleotídeo (ITRNt) e sua maior desvantagem é a nefrotoxicidade, particularmente em diabéticos, hipertensos, negros e idosos e no uso concomitante de outros medicamentos nefrotóxicos. Pacientes com doença renal preexistente devem usar preferencialmente outra associação de ITRN. A diminuição da densidade óssea tem sido relacionada ao uso de TDF (GUPTA, ET AL. 2008).

O EFV apresenta posologia confortável (1 comprimido ao dia), facilitando a adesão ao tratamento. Promove supressão da replicação viral por longo prazo e possui perfil de toxicidade favorável. Seus efeitos adversos mais comuns – tonturas, alterações do sono, sonhos vívidos e alucinações – costumam desaparecer após as primeiras duas a quatro semanas de uso. A indicação do efavirenz deve ser avaliada criteriosamente em pessoas com depressão ou que necessitam ficar em vigília durante a noite. Esquemas estruturados com ITRNN, particularmente com efavirenz (EFV), possuem melhor perfil de toxicidade, maior comodidade posológica, maiores taxas de adesão ao tratamento em longo prazo, elevada potência de inibição da replicação viral, maior efetividade e maior durabilidade da supressão viral, quando comparados a esquemas estruturados com inibidores de protease (BRASIL, 2013B). A longa meia-vida do efavirenz permite a manutenção da supressão da replicação viral caso ocorra irregularidade no horário de tomada de doses, embora possa haver maior risco de falha quando há perda de doses.

Quando comparados aos IP/r, os ITRNN são raramente associados a manifestações gastrintestinais, tais como náuseas, vômitos ou diarreia. Além disso, dislipidemia e resistência periférica à insulina parecem ser menos frequentes com o uso de esquemas contendo ITRNN.

Para os casos em que o esquema TDF + 3TC + EFV esteja contraindicado, deve-se proceder a substituição do TDF conforme indicado na Tabela 3.

Tabela 3. Manejo para substituição de TDF

Opção	ARV	Contraindicação
1ª opção	AZT	Contraindicação ao TDF
2ª opção	ABC	Contraindicação ao TDF e AZT
3ª opção	ddI	Contraindicação ao TDF, AZT e ABC

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos, 2013

A contraindicação ao uso de antirretrovirais deve ser registrada em prontuário. A dispensação de AZT, ABC e ddI está condicionada ao fornecimento de justificativas relativas às situações de contraindicação (BRASIL, 2013B).

MANEJO DA PRIMEIRA LINHA DE TRATAMENTO: AZT + 3TC

A associação de zidovudina com lamivudina (AZT/3TC) é uma das mais estudadas em ensaios clínicos randomizados: apresenta eficácia e segurança equivalentes a outras combinações de dois ITRN/ITRNt, sendo habitualmente bem tolerada (BRASIL, 2013B). Está disponível em coformulação no Sistema Único de Saúde (SUS), o que contribui para maior comodidade posológica, devendo-se ingerir 1 comprimido 2 vezes ao dia.

Os ITRN estão mais associados a toxicidade mitocondrial, hiperlactatemia e acidose láctica. A toxicidade hematológica é um dos principais efeitos adversos do AZT, o que pode resultar na necessidade de sua substituição. Recomenda-se evitar o uso desse medicamento em casos de anemia (Hb < 10g/Dl) e/ou neutropenia (neutrófilos < 1.000 células/mm³). Em pacientes com anemia secundária à infecção pelo HIV, o uso do AZT pode reverter esse quadro laboratorial; porém, os índices hematimétricos devem ser monitorados até a estabilização da anemia (GUPTA, ET AL. 2008).

Outro efeito adverso do AZT a ser considerado é a lipoatrofia. As causas são multifatoriais e de difícil manejo. Esse evento pode comprometer a adesão à TARV (BRASIL, 2013B).

MANEJO DA PRIMEIRA LINHA DE TRATAMENTO: ABC + 3TC

A combinação de abacavir com lamivudina (ABC/3TC) é alternativa para os pacientes com intolerância ou contraindicação aos esquemas com TDF/3TC ou AZT/3TC. Alguns ensaios clínicos mostram que essa associação apresentou maior risco de falha virológica em pacientes com carga viral mais elevada, devido à baixa barreira genética. Reações de hipersensibilidade estão relacionadas ao início do tratamento com ABC (ERON, ET AL. 2006).

MANEJO DA PRIMEIRA LINHA DE TRATAMENTO: DDI + 3TC

A combinação de didanosina com lamivudina (ddI/3TC) é recomendada na terapia inicial apenas nas situações de intolerância ao AZT, TDF e ABC. Pancreatite e neuropatia periférica estão relacionadas ao uso do ddI. A estavudina (d4T), bem como o indinavir (IDV), não devem compor esquemas antirretrovirais, de modo que pacientes adultos em uso dessas drogas deverão ter seus esquemas reestruturados imediatamente (BERENGUER, ET AL 2008).

ALTERNATIVA AO USO DE EFAVIRENZ NO ESQUEMA INICIAL

A nevirapina (NVP) é considerada preferencial em relação ao EFV em algumas situações. Na contraindicação ou intolerância ao EFV, a NVP é uma opção segura, efetiva e de baixo custo, além de ser produzida pela indústria nacional. Sua indicação é preferencial em relação aos inibidores de protease, exceto nos casos de exantema com EFV. Alguns estudos demonstram melhor perfil metabólico, com redução de LDL e aumento de HDL colesterol, com uso de NVP quando comparada ao EFV e ao ATV, sendo a NVP, portanto, uma opção para pacientes com diabetes melitus, portadores de coronariopatia ou indivíduos com risco cardiovascular elevado (score de Framingham > 20%) (VANDEBERG, ET AL. 2008).

A NVP está associada a maior toxicidade hepática, exantema e risco de síndrome de Stevens-Johnson. Adicionalmente, a resistência cruzada à etravirina, um ITRNN de segunda geração, é mais frequente com o uso da nevirapina do que com o uso do efavirenz. Sempre que o tratamento for iniciado com NVP, suas doses devem ser aumentadas de forma escalonada para diminuir o risco de exantema: inicia-se com 1 comprimido de 200 mg durante 14 dias e após esse período a dose deve ser aumentada para 1 comprimido a cada 12 horas (VANDEBERG, ET AL. 2008).

4.5 ADESÃO AO TRATAMENTO

A adesão deve ser compreendida como uma relação de corresponsabilidade entre o usuário do medicamento e a equipe de saúde (POLEJACK, 2010). Para tal, quem usa o medicamento deve ser bem acolhido e desenvolver empatia com o profissional e o serviço de saúde. A comunicação deve permitir o aconselhamento e a educação quanto ao uso e cuidados corretos do medicamento, procedimentos de otimização da terapêutica e a promoção da adesão, com a conseqüente melhoria da eficiência do tratamento e das medidas de prevenção, promoção à saúde e redução dos riscos associados (MARIN, 2003).

A avaliação precisa da adesão é fundamental para um adequado planejamento do tratamento. Considera-se que, para manter a carga viral indetectável, é necessário que pelo menos 95% das doses dos medicamentos antirretrovirais prescritos sejam efetivamente ingeridos (BRASIL, 2008A; GOMES ET AL, 2009; POLEJACK, 2010). Os preditores da adesão podem ser agrupados em categorias, que incluem: o usuário do medicamento; o profissional de saúde; a relação profissional-usuário; a doença; o serviço de saúde; e o regime terapêutico.

Desta forma, um dos desafios da TARV se refere ao nível elevado de adesão exigido para que o tratamento seja eficaz. A adesão reduz o risco de falha virológica, aumenta a sobrevida, reduz o risco de progressão para aids e o desenvolvimento de cepas virais resistentes, além de melhorar a qualidade de vida (BRASIL, 2008A; BRASIL 2013B; MONTANER, 2013).

A transmissão de cepas virais resistentes é um problema em expansão, fortemente relacionado com a não adesão ao tratamento. A adesão a um medicamento está associada à sua tomada na dose e frequência prescritas, à realização de exames e consultas conforme solicitados (BONOLO; GOMES 2008; BRASIL, 2013B). Desta forma, é importante o trabalho da equipe multiprofissional nos intervalos entre as consultas médicas, quando a pessoa comparecer ao serviço para retirar medicamentos, realizar exames, participar de encontro de grupos e outras consultas (BRASIL, 2013B). É importante que a PVHA conheça as características da doença, compreenda o objetivo da terapia antirretroviral e participe da decisão de iniciá-la, compreendendo a

importância da tomada continuada e correta do medicamento, visando uma adequada supressão da replicação virológica (BRASIL, 2013B).

4.6 DOENÇAS OPORTUNISTAS

Infecções oportunistas, relacionadas a aids, acontecem quando o sistema imunológico enfraquece, em decorrência do aumento da carga viral do HIV. A TARV reduz a ocorrência de infecções oportunistas por atuar na supressão viral e, auxiliar no restabelecimento e preservação da função imunológica (Brasil, 2008a; Brasil, 2013b). Quando a imunossupressão atinge níveis críticos ($LT-CD4+ < 200$ células/ml), o risco do aparecimento dessas infecções aumenta significativamente. O MS recomenda o uso de medicamentos profiláticos para evitar as infecções oportunistas e o aumento da morbimortalidade em decorrência da aids. Caso a infecção já esteja instalada e a PVHA já esteja em uso de TARV, a recomendação é o tratamento concomitante. A ocorrência de doenças oportunistas pode indicar falha terapêutica caso a TARV tenha sido iniciada na ausência de imunodeficiência grave (BRASIL, 2013B).

Tuberculose e pneumonia são as infecções oportunistas graves mais comuns em pessoas infectadas pelo HIV e estão entre as principais causas de óbito relacionadas à aids (GUTIERREZ ET AL, 2002). Outros estudos demonstram que, em PVHA em uso regular de medicamentos antirretrovirais as infecções mais comuns são candidíase, herpes, diarreia e pneumocistose (FAGUNDES ET AL, 2010). Alguns estudos indicam que a ocorrência das infecções oportunistas pode ser justificada pelo uso da TARV em níveis abaixo de 95% das doses diárias recomendadas e do desenvolvimento de resistência.

4.7 HOSPITALIZAÇÃO

Pacientes hospitalizados devido a complicações do HIV/aids geralmente tem estágios avançados da doença, alta carga viral e risco aumentado de transmissão da doença, o que torna o hospital valioso local para conexão entre cuidados ao paciente com HIV/aids e prevenção (QUINN ET AL. 2000).

Por outro lado, a hospitalização muitas vezes se constitui no único contato de pacientes que não aderem ao tratamento com a equipe de saúde (METSCH ET AL. 2009). No Brasil, observou-se redução percentual de hospitalizações de pacientes com HIV/aids no sistema Único de Saúde com grande variação entre as regiões.

5 METODOLOGIA

5.1 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi conduzida no HUB/UnB. Foram considerados sujeitos da pesquisa PVHA hospitalizadas no período de novembro/2013 a junho/2014 sob os cuidados da equipe de Infectologia. Foram incluídos indivíduos adultos comprovadamente infectados pelo HIV. Foram excluídos pacientes cujo tempo de hospitalização não permitiu a coleta de dados ou que se recusaram a participar da pesquisa, foram excluídos também aqueles cujas condições clínicas impediam a entrevista.

5.2 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo faz parte do subprojeto “Avaliação da atenção à saúde e seguimento farmacoterapêutico de pessoas vivendo com HIV/aids atendidas no Hospital Universitário de Brasília”, que recebeu financiamento do Ministério da Saúde (Edital para seleção de subprojetos de pesquisa em DST, HIV/AIDS e Hepatites Virais – Processo Licitatório 01/2013). A pesquisa foi desenvolvida em conformidade com os critérios éticos estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466 de 12 de dezembro de 2012, que aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Os sujeitos foram informados quanto à natureza e finalidade da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, além de ter sido garantida a confidencialidade e anonimato das informações, bem como seu caráter voluntário.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB sob o registro nº 278.787 (anexo). Os dados de identificação dos pacientes e da equipe de saúde foram mantidos em sigilo.

5.3 ASPECTOS AVALIADOS

As variáveis analisadas foram sócio demográficas, comportamentais relacionadas à procedência, uso dos serviços, clínicas, além de reações adversas, esquema ARV utilizado, doenças oportunistas, medicamentos utilizados para tratar sintomatologias e doenças que relacionadas ao HIV.

Os dados foram obtidos por meio de entrevista com os pacientes, revisão de prontuários dos pacientes e análise dos registros de dispensação dos ARV na Farmácia Escola do HUB.

Para cada paciente foram obtidas informações sobre as dispensações realizadas na Farmácia Escola no período de doze meses antes da hospitalização, incluindo as datas de dispensação, os esquemas de ARV dispensados e a ocorrência de trocas. Foi considerado como troca de esquema a inclusão ou exclusão de pelo menos um ARV. O tempo entre as retiradas de ARV foi calculado pela diferença, em dias, entre as datas das dispensações.

Para classificar o uso de medicamentos foram calculados os intervalos entre as retiradas de medicamentos e o tempo médio entre as dispensações, adaptados do método descrito por GOMES et al. 2009. Foram adotados os seguintes critérios: Uso regular quando o intervalo de retiradas de ARV foi inferior ao tempo médio entre as dispensações (38 dias e 56 dias referente à dispensação para 30 ou 60 dias respectivamente), uso irregular quando os intervalos de retiradas de ARV foram maiores que o tempo médio (38 ou 56) entre as dispensações e menor que 90 dias; abandono quando os intervalos de retiradas de ARV foram maiores que 90 dias (BRASIL, 2010).

Para avaliar a adesão dos pacientes também foi aplicado o teste de Morisky et al., modificado por Goldberg et al. (Morisky,1986; Goldberg, 1998). O teste avalia o comportamento do paciente em relação ao uso diário dos medicamentos e consiste em quatro perguntas padronizadas relacionadas ao esquecimento, descuido com o horário de tomada do medicamento, percepção de efeitos colaterais e ausência de sintomas.

As quatro perguntas são: 1) você, alguma vez, se esquece de tomar o seu medicamento? 2) você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu medicamento? 3) quando você se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar o seu medicamento? E 4) quando você se sente mal, com o medicamento, às vezes, deixa de tomá-lo?

O teste de Morisky et al., modificado por Goldberg et al. atribui 1 a 4 pontos, seguindo uma escala de frequência que o evento ocorre para as repostas afirmativas ao teste de Morisky: 1 ponto = uma vez ou menos por mês, 2 pontos = algumas vezes por mês, 3 pontos = algumas vezes por semana e 4 pontos = pelo menos uma vez por dia.

Dessa forma, aqueles que atingem maior pontuação são os menos aderentes, com uma pontuação variando de 4 a 16. (GOLDBERG, 1998)

Os dados de entrevistas, da dispensação de TARV e dos prontuários foram tabulados em planilhas do Excel e os resultados descritos em tabelas e figuras.

6 RESULTADOS

Foram entrevistados 19 dos 40 pacientes internados no período de estudo. Alguns pacientes se recusaram a participar da pesquisa, uma vez que esta é de caráter voluntário, enquanto outros se encontravam em condições que os incapacitavam de participar, como os que estavam em isolamento, estado grave ou impedidos fisicamente (utilizando sondas).

A maioria (60%) dos entrevistados eram homens com mediana de idade de 42 anos (23 e 69). Dos sujeitos da pesquisa, 52% eram procedentes de outros estados do Brasil, 68% tinha escolaridade maior do que quatro anos de estudo, 52% afirmou não ser etilista e 36% não ser tabagista, 47% relatou possuir renda mensal de um a três salários mínimos, considerando o salário mínimo da época sendo R\$ 678,00 (BRASIL, 2012).

O tempo médio de diagnóstico de HIV dos pacientes foi de 9,5 anos. A média de peso na hospitalização foi de 52 Kg para as mulheres e de 60 Kg para os homens, 84% dos entrevistados faziam acompanhamento ambulatorial no próprio HUB, sendo que a maioria recebe atendimento do Centro de ComVivência.

Entre os entrevistados, 58% apresentou contagem de LT-CD4+ inferior a 200 células/mm³, sendo que apenas 5% com contagem acima de 500 células/mm³.

Em relação ao desenvolvimento de infecções, todos os entrevistados apresentaram doenças oportunistas nos últimos 30 dias anteriores à hospitalização.

As doenças oportunistas e co-infecções mais frequentes foram candidíase oroesofágica, tuberculose, herpes e toxoplasmose, como mostrado na figura 1.

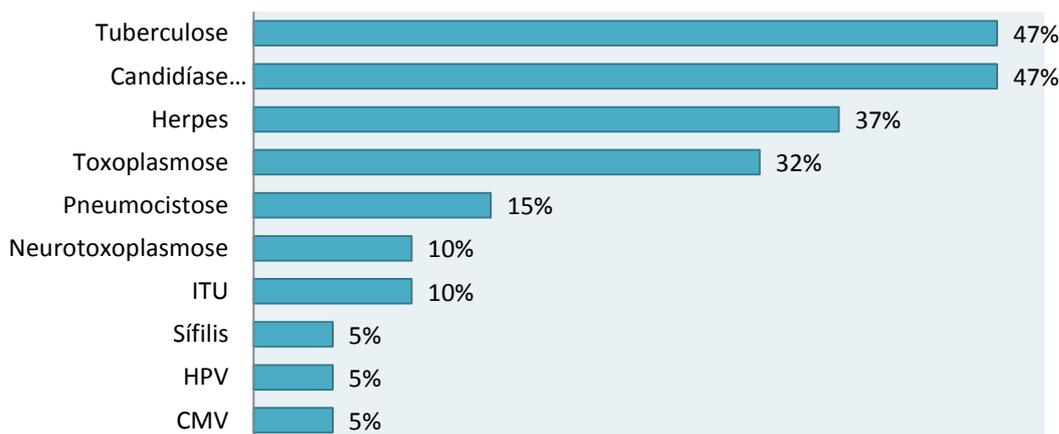


Figura 1. Doenças oportunistas e outras infecções em pessoas com HIV/aids internados no HUB. Brasília 2013-2014

De acordo com os relatos obtidos na entrevista os pacientes estavam fazendo uso de medicamentos para tratar e controlar as doenças oportunistas e co-infecções mais prevalentes, sendo estes descritos na tabela 4.

Tabela 4. Medicamentos utilizados para tratar as doenças oportunistas e outras infecções nas PVHA atendidas no HUB. Brasília 2013-2014.

DOENÇA	TRATAMENTO
Candidíase oroesofágica	fluconazol, nistatina
Tuberculose	rifampicina/isoniazida/pirimetamina/etambutol
Herpes	aciclovir
Toxoplasmose	sulfadiazina/ pirimetamina
Pneumocistose	sulfametoxazol/trimetoprima, clindamicina/primaquina

Em relação ao esquema ARV utilizado, apenas 10% estavam em uso de esquema de primeira linha de tratamento.

Além disso, 42% dos pacientes haviam realizado modificações/trocas no esquema ARV. O esquema mais utilizado (31%) era AZT + 3TC + LPV/r (Tabela 5).

Tabela 5. Esquemas ARV utilizados pela PVHA internadas no HUB. Brasília 2013-2014

Esquema	Percentual
AZT + 3TC + LPV/r	31
AZT + 3TC + EFZ	21
AZT + 3TC + ATV + RTV	10
TDF+3TC + EFZ	10
ABC+3TC + ATV + RTV	10
TDF+3TC + FPV + RTV	5
Sem TARV	10

Os pacientes entrevistados relataram inúmeras reações relacionadas aos ARV, sendo que vômito, diarreia, dor de estômago e azia foram os sintomas mais relatados, como apontado na figura 2.

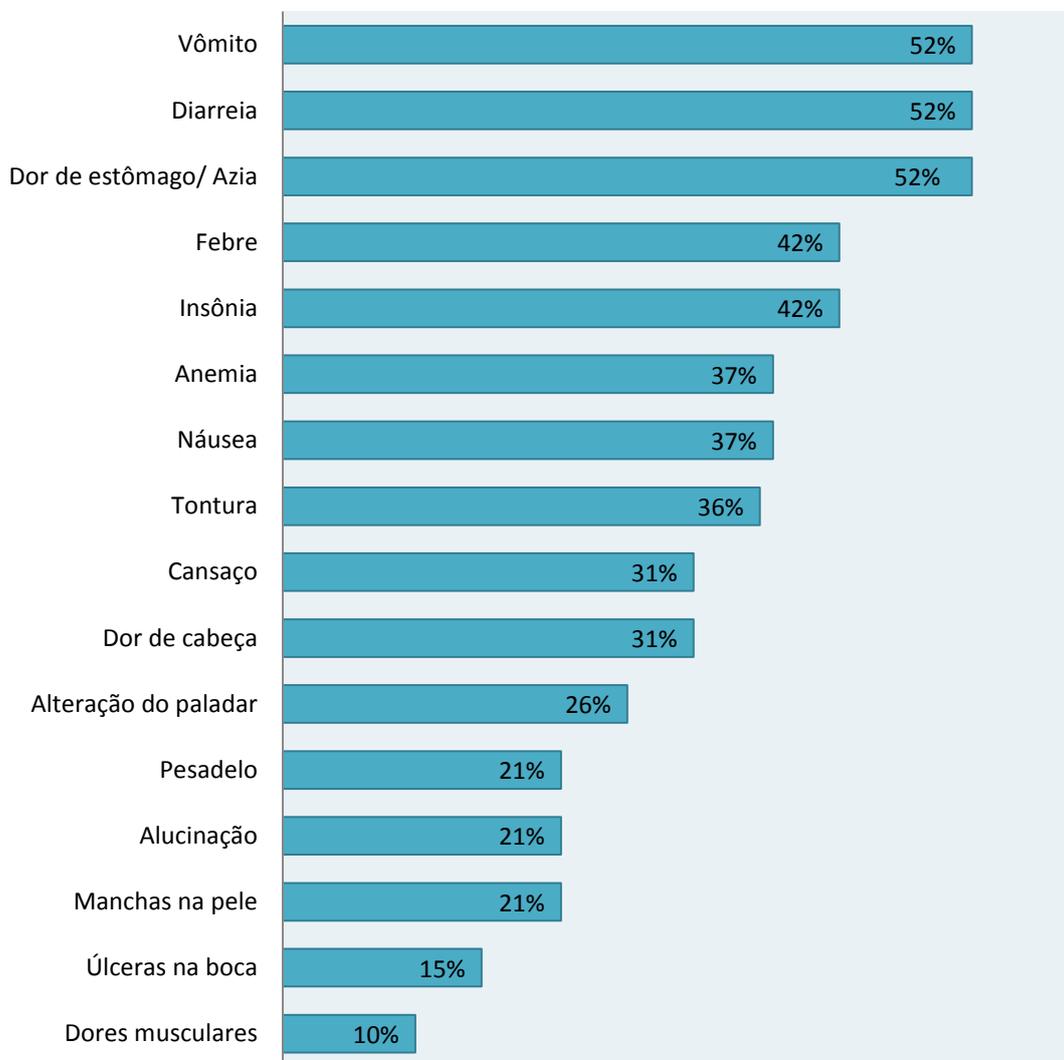


Figura 2. Efeitos Adversos aos ARV em pessoas com HIV/aids internadas no HUB. Brasília

Outro levantamento realizado diz respeito aos medicamentos utilizados pelos pacientes para o tratamento de outras doenças não relacionadas ao HIV.

Quanto ao uso de outros medicamentos, prescritos ou não, os pacientes relataram paracetamol, amoxicilina, nimesulida entre outros conforme descrito na figura 3.

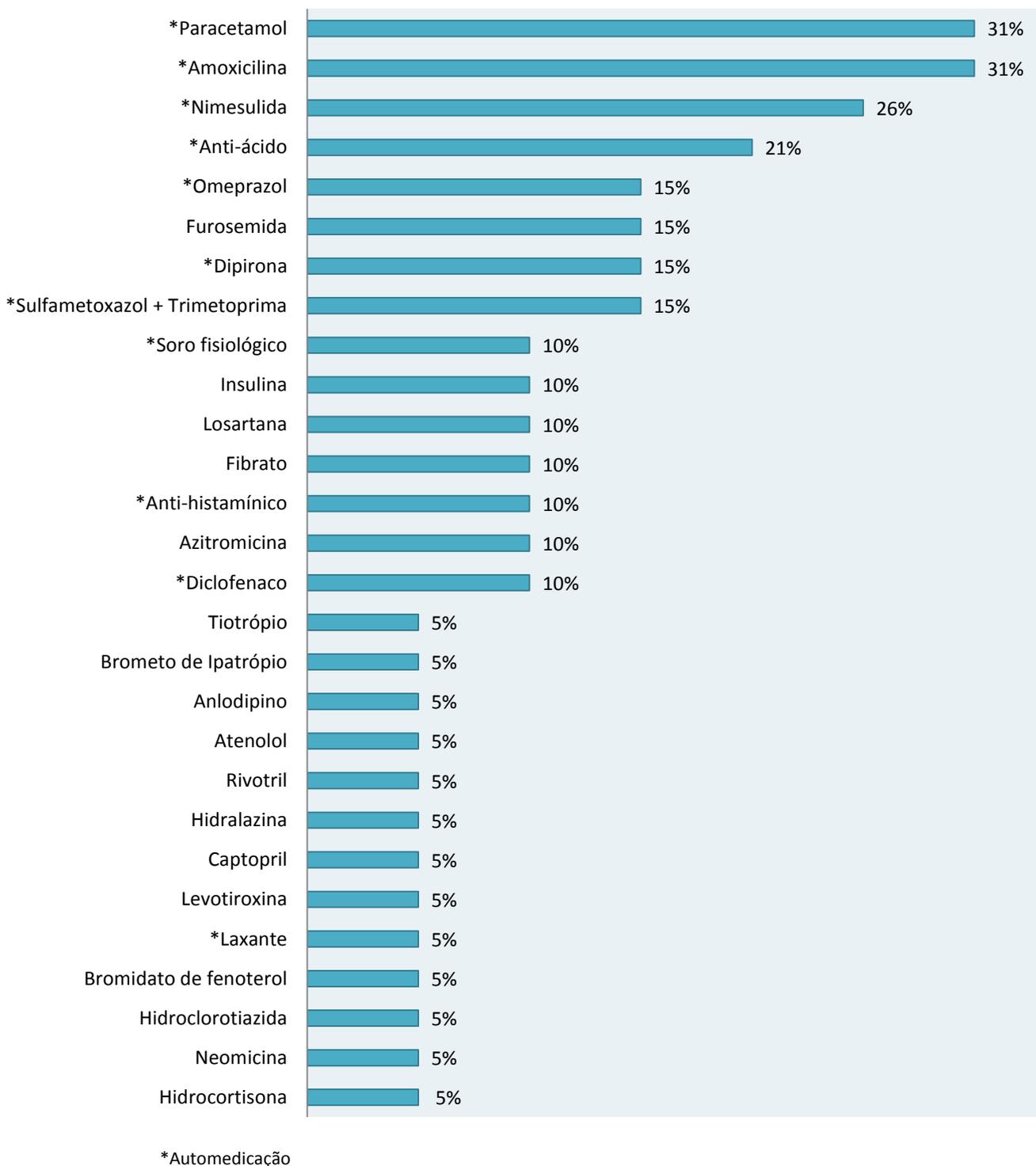


Figura 3. Medicamentos em uso antes da hospitalização de acordo com o relato dos pacientes. Brasília 2013-2014

O perfil de adesão ao tratamento ARV, baseado no teste de Morisky modificado por Goldberg et al, apontou que a maioria dos entrevistados apresentaram uma adesão relativamente boa sendo mais de 70% dos pacientes com escore de 4 a 8.

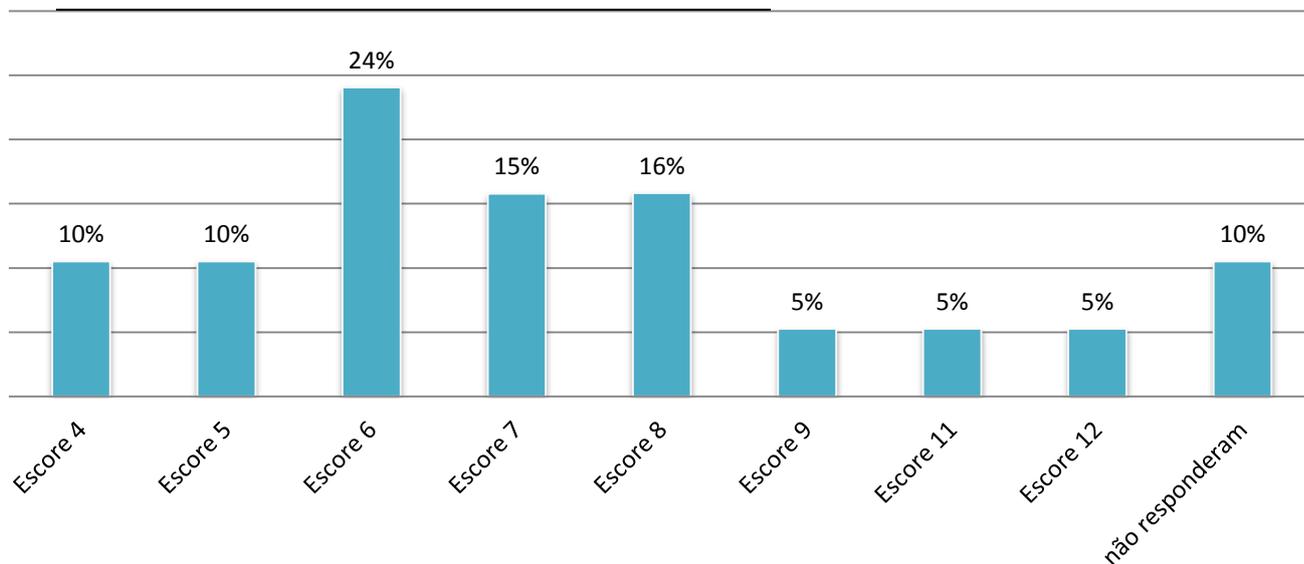


Figura 4. Escores do teste de Morisky et al., modificado por Goldberg et al., em PVHA hospitalizadas Brasília 2013-2014

Entretanto, em relação à retirada de ARV na Farmácia Escola 80% dos entrevistados retiravam de forma insatisfatória, sendo 60% de forma irregular e 20% com um padrão de abandono.

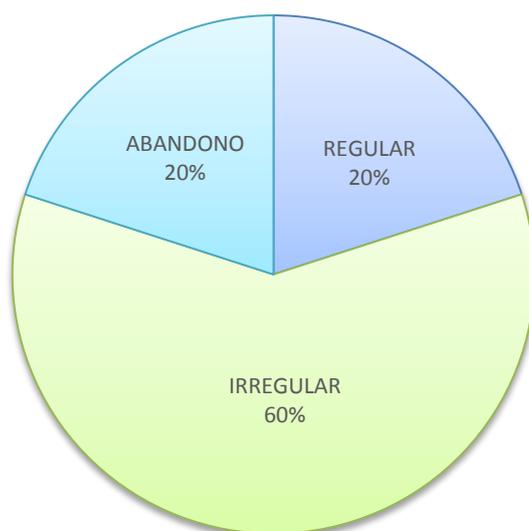


Figura 5. Perfil de dispensação da ARV realizados na Farmácia Escola. Brasília 2013-2014

7 DISCUSSÃO:

Considerando os dados acumulados de 1980 a junho de 2013, no Brasil, foram notificados um total de 686.478 casos de AIDS, dos quais 445.197 (64,9%) são do sexo masculino e 241.223 (35,1%) do sexo feminino (BRASIL, 2013). O presente estudo demonstrou que o perfil dos pacientes internados no HUB é semelhante ao quadro geral da população brasileira que possui HIV.

Nos últimos 10 anos o maior número de casos de aids ocorreu entre pessoas com 30 a 49 anos. Entretanto, nota-se um declínio nesta faixa etária e uma leve estabilização entre aqueles com 40 a 49 anos. Além disso, há uma tendência de aumento na faixa etária entre os jovens de 15 a 24 anos e entre os adultos com 50 anos ou mais (BRASIL, 2013).

Pessoas vivendo com HIV/aids, em uso de TARV, que possuem uma boa adesão ao tratamento mantendo as contagens de LT-CD4+ acima de 500 células/mm³ e carga viral indetectável, possuem uma expectativa de vida semelhante à população em geral (BRASIL, 2013). Entre os entrevistados neste estudo, 58% apresentou contagem de LT-CD4+ inferior a 200 células/mm³, sendo que apenas 5% apresentou contagens acima de 500 células/mm³.

O principal alvo do HIV são as células LT-CD4+, responsáveis pela manutenção do sistema imune. Quando a infecção pelo HIV não é controlada, o sistema imunológico fica enfraquecido e as infecções oportunistas se manifestam. A maioria dos pacientes apresentou uma contagem de LT-CD4+ muito baixa no momento da hospitalização. Todos os entrevistados apresentaram doenças oportunistas, estando de acordo com a literatura em relação às doenças oportunistas mais prevalentes no Brasil.

Após a introdução da TARV a aids passou a ser considerada uma doença crônica que, se manejada e tratada de maneira adequada, diminui, consideravelmente, a morbidade e mortalidade das PVHA. Estudos recentes evidenciaram que o tratamento é eficaz tanto para o controle da doença e melhoria da qualidade de vida, como para a diminuição da transmissão do vírus (SCHAURICH et al. 2006).

Baseado na prevenção de novos contágios, o estímulo à TARV para todas as pessoas infectadas pelo HIV, independentemente de seu estado imunológico, é uma importante medida de saúde pública (BRASIL, 2012).

Após o início da TARV ocorre aumento na contagem de linfócitos T-CD4 e recuperação imunológica (BRASIL, 2012). Os esquemas terapêuticos buscam combinar as diferentes classes de medicamentos para enfraquecer o vírus e, com isso, controlar sua replicação.

A primeira linha de tratamento deve incluir uma combinação de três ATV, sendo dois inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeo (ITRN) associados a um inibidor da transcriptase reversa não-análogo de nucleosídeo (ITRNN) (BRASIL,2012). Como regra, o esquema de primeira linha deve ser: Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) + Efavirenz (EFZ) (BRASIL, 2012).

A segunda linha de tratamento, utilizada quando há alguma restrição quanto aos medicamentos da primeira linha, deve incluir: 2ITRN + 1 Inibidor de protease (IP). Como regra, o IP deve ser: Lopinavir/ritonavir (BRASIL, 2012).

No estudo houve predominância do uso de zidovudina, conforme preconizado no protocolo anterior (BRASIL, 2008), pois a nova regulamentação estava em fase de implementação.

Embora eficientes, os ARV podem ocasionar efeitos adversos, que geralmente são motivos de falta de adesão.

Dor no estômago/azia, vômito, diarreia e dores musculares estão associados aos IPs (LPV/r, ATV e RTV). Anemia, náusea e alteração do paladar estão associadas a AZT. A insônia é característica do AZT e do EFZ, e dor de cabeça é característica do AZT e LPV/r. O efavirenz é responsável por *rash* cutâneo, alucinações e tontura, sendo que este efeito também pode ser atribuído a ATV e RTV.

As reações adversas mais relatadas neste estudo foram: dor no estômago/azia, vômito, diarreia, insônia, febre, tontura, anemia, náusea, cansaço, dor de cabeça e alteração no paladar. Essas reações são características de esquemas ARV que contem AZT e IPs. No estudo, 63% estavam em uso de AZT, 68% estavam em uso de IP e 42% usavam ambos.

Manchas na pele, alucinações, e também, tontura e insônia são reações adversas características do uso de efavirenz. No estudo, 31% dos pacientes estavam em uso de EFZ.

Os efeitos adversos associados à TARV são um dos fatores relacionados à falta de adesão das PVHA. Essa falta de adesão pode ocasionar falha virológica, e, conseqüentemente, falha terapêutica (BRASIL, 2013).

As interações medicamentosas entre ARV e outros fármacos têm grande relevância quando se trata da eficácia da TARV. Os medicamentos, quando não manejados de forma adequada, podem interagir com os antirretrovirais. Outro tipo de interação é observado com drogas recreativas (ilícitas), elevando o risco de toxicidade e interferindo na adesão.

A automedicação, feita de forma inadequada, pode ocasionar efeitos indesejáveis, enfermidades iatrogênicas e mascaramento de doenças evolutivas. O risco dessa prática está relacionado ao grau de instrução dos usuários sobre os medicamentos, bem como com o acesso dos mesmos ao sistema de saúde (CAMPOS et al., 1985).

Segundo os dados deste estudo, 15% dos pacientes fazem uso de omeprazol e 21% de antiácido sem prescrição, totalizando 36% dos entrevistados que utilizam fármacos que possuem como mecanismo de ação o aumento do pH estomacal.

Esses medicamentos possuem interação medicamentosa com o ATV, que necessita de um pH baixo para ser efetivo (BRASIL,2013). Dos entrevistados, 21% fazem uso de TARV que possuem o ATV no esquema ARV. Isso sugere que a efetividade do esquema está sendo comprometida por conta da automedicação e falta de informação dos pacientes.

Cerca de 5% dos pacientes fazem uso de laxantes, quando acham necessário, esses fármacos devem ter seus horários de administração manejados, para não eliminarem os ARV antes de serem totalmente absorvidos pelo organismo, caso contrário as concentrações plasmáticas da TARV não atingirão níveis adequados com risco de falha terapêutica.

Dos pacientes entrevistados, 31% relataram fazer uso de amoxicilina em automedicação. A legislação brasileira define que os antimicrobianos são de venda exclusiva sob prescrição médica (BRASIL, 2011), nesse caso a automedicação dos entrevistados causa um alerta sobre a falta de monitoramento das dispensações de tais medicamentos, uma vez que causam resistência e prejudicam futuras terapias antimicrobianas. Além disso, PVHA, com falha terapêutica, ficam mais sujeitas a

infecções e a necessidade de recorrer a uma terapia antimicrobiana. Se este paciente faz uso de antimicrobianos de forma inapropriada, quando for utilizá-lo para tratar uma doença oportunista, por exemplo, poderá haver necessidade de se recorrer a medicamentos com maior espectro de ação.

No levantamento farmacoterapêutico realizado, 15% dos pacientes alegaram fazer uso de sulfametoxazol e trimetoprima sem prescrição médica. Um desses pacientes relatou: “Faço uso desses medicamentos quando sinto que estou com a garganta inflamada”. Esse medicamento é utilizado para profilaxia e tratamento de pneumocistose e outras infecções em pacientes com aids. Seu uso indiscriminado pode reduzir as alternativas terapêuticas para essas indicações.

Diante desses fatos, notam-se os perigos advindos da automedicação, e os riscos que os pacientes que fazem uso da TARV estão sujeitos. Qualquer interação medicamentosa com o ARV pode ocasionar uma falha terapêutica e expor o paciente às doenças oportunistas.

O perfil de adesão baseado no teste de Morisky et al., modificado por Goldberg et al., apontou que a maioria dos entrevistados apresentam uma adesão relativamente boa, uma vez que o escore mínimo é 4 e 73% dos pacientes obtiveram um escore de 4 a 8 (Figura 4). Porém, esse resultado entra em contradição quando comparamos ao perfil de dispensação de ARV realizado na Farmácia Escola.

Dos entrevistados, 80% retiram os medicamentos ARV da Farmácia Escola de forma insatisfatória, sendo 60% de forma irregular e 20% com padrão de abandono.

Essa contradição entre as repostas dos entrevistados, frente ao teste realizado, e o cadastro da Farmácia Escola pode ser explicada pela superestimação da adesão feita pelo paciente. De todo modo, o perfil dos pacientes, e o fato de 58% deles estarem com contagem LT-CD4+ inferiores a 200 células/mm³ indica que há falhas na TARV, seja por falta de adesão ou outros fatores.

8 CONCLUSÃO

O trabalho mostrou as principais características das pessoas com HIV/aids hospitalizadas no HUB. As ocorrências de efeitos adversos relacionados aos ARV influenciam muito na falta de adesão de alguns pacientes. Os profissionais de saúde devem dar a atenção necessária ao paciente a fim de instruí-lo da forma correta quanto à interpretação das prescrições, alertá-los sobre as interações medicamentosas, e dar atenção àquelas mais relevantes ao esquema terapêutico, manejar a terapia de forma que os efeitos adversos possam ser menos severos e, principalmente, alertar sobre a importância de se ter boa adesão para a eficácia do tratamento.

Muitas PVHA sinalizam dificuldades com o regime terapêutico, recorrendo a medidas inadequadas para contornar os efeitos indesejáveis da TARV, efeitos esses que podem ser superados ou contornados com o auxílio dos profissionais de saúde. Neste sentido, ressalta-se a possibilidade de identificar possíveis fatores que podem prejudicar a adesão, e de forma pactuada com o paciente, adotar estratégias voltadas para prevenção do uso irregular ou até abandono da TARV.

Somente conhecendo as demandas pontuais é possível construir e entender melhor o que envolve a rotina de cuidados e o impacto gerado, considerando sempre que as intervenções devem ser individualizadas e adequar-se à dinâmica da vida do indivíduo.

9 REFERÊNCIAS

1. Berenguer, J.; González, J.; Ribera, E. And Gesida 3903 Team. Didanosine, lamivudine, and efavirenz versus zidovudine, lamivudine, and efavirenz for the initial treatment of hiv type 1 infection: final analysis (48 weeks) of a prospective, randomized, noninferiority clinical trial, gesida 3903. *Clin. Infect. Dis.*, [s.l.], v. 47, n. 8, p. 1083-92, 15 oct. 2008.
2. Bonolo Pf, Gomes Rrfm, Guimarães Mdc. Adesão à terapia anti-retroviral (hiv/aids): Fatores associados e medidas de adesão. *Epidemiol serv saúde* 2007;16(4): 261-278.
3. Brasil, Agência Nacional De Vigilância Sanitária, informe técnico sobre a rdc nº20/2011
4. Brasil. Casa civil. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, Brasília, DF.
5. Brasil, Ministério Da Saúde. Hiv/Aids, hepatites e outras dst. Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à saúde, Departamento de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
6. Brasil, Ministério da Saúde, nota técnica Nº 421/2012 Cqv/D-Dst-Aids-Hv-Svs/Ms, 2012
7. Brasil, Ministério da Saúde. Terapia anti-retroviral e saúde pública: Um balanço da experiência brasileira. Brasília (Df);1999.
8. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de dst, aids e hepatites virais. Instruções para a utilização de recursos destinados ao financiamento de subprojetos do departamento de dst, aids e hepatites virais. manual de execução de subprojetos. Versão 2012. Brasília, 2012c.
9. Brasil, ministério da saúde. Secretaria de vigilância em saúde, diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e aids. Brasília, Df, 2007.

10. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Programa nacional de dst e aids. Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV. Brasília; 2008.
11. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Programa nacional de dst e aids. Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV. Suplemento e critérios para início do tratamento antirretroviral (atualização das páginas 34-36). Brasília; 2010a.
12. Brasil, ministério da saúde. Portaria 3.276 de 26 de dezembro de 2013d
13. Brasil, ministério da saúde. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e aids, Brasília 2008
14. Brasil, decreto nº 7872 de 23/12/2012
15. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de dst, aids e hepatites virais. Protocolo de assistência farmacêutica em dts/ HIV/aids. Recomendações do grupo de trabalho de assistência farmacêutica. Brasília; 2010b.
16. Brasil. Protocolo de assistência farmacêutica em dst /HIV/ aids, ministério da saúde, 2010
17. Brasil, ministério da saúde, boletim epidemiológico HIV/aids, dezembro/2013
18. Brasil, ministério da saúde, protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos, 2013b
19. Brito am, Castilho ea, Szwarcwald cl. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: Uma epidemia multifacetada. Rev soc bras med trop. 2001; 34 (2): 207-17.
20. Campos jm et al. 1985. Prescrição de medicamentos por balconistas de 72 farmácias de Belo Horizonte/mg em maio de 1983. Jornal de pediatria. 59:307
21. Carr a, Amin J. Efficacy and tolerability of initial antiretroviral therapy: A systematic review. Aids 2009; 23(3):343-353
22. Chen lf, et al. Ten years of highly active antirretroviral therapy for hiv infection. Med j Australia 2007; 186(3):146-151.
23. Eron, j.; Yeni, p.; Gather, J. et al. The klean study of fosamprenavir-ritonavir versus lopinavir-ritonavir, each in combination with abacavir-lamivudine, for

- initial treatment of hiv infection over 48 weeks: A randomized non-inferiority trial. *Lancet*, [s.l.], v. 368, p. 476-482, 2006.
24. European observatory on health systems and policies. Making decisions on public health: a review of eight countries. Brussels: open university press, european observatory on health systems and policies series, 2004.
 25. Fagundes, v. H. V. Et al. Infecções oportunistas em indivíduos com infecção pelo HIV e relação com uso de terapia antirretroviral. *Acta scientiarum. Health sciences*, v. 32(2), p. 141-145, 2010.
 26. Freedberg k. A., et al. The cost effectiveness of combination antiretroviral therapy for HIV disease. *N engl j med*. V. 344, p.824-31, 2001.
 27. Gallo, r. C. Montagneir, l. Parmacological strategies for anti-hiv therapy. *Scient, am*, v. 259, nº 41, p. 10-16, 1988.
 28. Galvão J. Aids no Brasil: A agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: ed.34; 2000
 29. Goldberg, A. I.; Cohen, G.; Rubin, A. H. E. Physician assessment of patient compliance with medical treatment. *Soc sci med*. V. 47, n.11, p. 1873-76, 1998.
 30. Gomes RRFM. Dissertação: avaliação dos registros de dispensação dos antirretrovirais em indivíduos infectados pelo HIV em serviços de referência. Ufmg, 2008.
 31. Grinsztejn B. Et al. Early mortality and cause of deaths in patients using TARV in Brazil and the United States. *Aids*, v. 23, p. 2107–2114, 2009.
 32. Gutierrez e. B. Et al. Autopsy-proven determinants of death in HIV infected patients treated for pulmonary tuberculosis in São Paulo, Brasil. *Pathology research and practice* v.198, p.339-346, 2002
 33. Gupta, r.; Hill, a.; Sawyer, a. W. Et al. Emergence of drug resistance in HIV type 1-infected patients after receipt of fi rst-line highly active antiretroviral therapy: A systematic review of clinical trials. *Clin. Infect. Dis.*, [s.l.], v. 47, p. 712-22, 2008.
 34. Hacker MA, Kaida A, Hogg rs, Bastos fi. The first ten years: achievements and challenges of the brazilian program of universal access to HIV/aids

- comprehensive management and care, 1996-2006. *Cad saúde pública* 2007; 23 (sup 3):345-9.
35. Halpin ha, Morales-Suarez-Varela mm, Martin-Moreno jm. Chronic disease prevention and the new public health. *Public health reviews* 2010; 32:120-154.
36. Kaplan, j. E.; Benson, c.; Holmes, k. H. Et al. Guidelines for prevention and treatment of opportunistic infections in HIV infected adults and adolescents: recommendations from cdc, the national institutes of health, and the HIV medicine association of the infectious diseases society of america. *Mmwr recomm. Rep.*, [s.l.], v. 58, p. 1, 2009.
37. Marin n., organizadora. *Assistência farmacêutica para gerentes municipais*. Rio de Janeiro: opas, oms; 2003
38. Metsch lr, Bell c, Pereyra m, Cardenas g, Sullivan t, Rodriguez a et al. Hospitalized HIV-infected patients in the era of highly active antiretroviral therapy. *American journal of public health* 2009; 99 (6): 1045.
39. Morisky, d. E.; green, l. W.; levine, d. Concurrent and predictive validity of a the self-reported measure of medication adherence. *Medical care*, v. 24, n.1, p.
40. Montaner j. S. Treatment as prevention: toward an aids-free generation. *Top antivir med.* 21(3), p.110-114, 2013.
41. Polejack, l. Seidl, e. M. F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. *Cien saud col*, v. 15(1), p. 1201-1208, 2010
42. Portela mc, Lotrowska m. Assistência aos pacientes com HIV/aids no Brasil. *Rev. Saúde pública* 2006; 40 (supl):70-9.67-75, 1986.
43. Quinn tc, Wawer mj, Sewankambo n, Serwadda d, li c, Wabwire-mangen f, et al. Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *New England journal of medicine*. 2000; 342(13): 921-929.
44. Schaurich d, Coelho df, Motta mgc. A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da aids após os anti-retrovirais. *Rev enferm uerj* 2006, 14(3):455-62.

45. Vandenberg-wolf, m.; Hullsiek, k. H.; peng, g. Et al. Virologic, immunologic, clinical, safety, and resistance outcomes from a long-term comparison of efavirenz-based versus nevirapine-based antiretroviral regimens as initial therapy in hiv-1- infected persons. *Hiv clin. Trials*, [s.l.], v. 9, p. 324-336, 2008.
46. World Health Organization (who). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Who/ mnc. 2013

10 APÊNDICES

10.1 QUESTIONÁRIO PARA REALIZAÇÃO DE ENTREVISTA

¹ Nome (iniciais): _____		² Idade: _____ anos		Formulário n°:	
³ Registro no HUB:		⁴ Leito::	¹⁷ Peso:	⁶ Setor:	⁸ Data da internação: ____/____/____
Sexo: () F () M		⁵ Etnia:		¹⁰ Data do diagnóstico : ____/____/____ (tempo aproximado de diagnóstico da doença)	
⁹ Motivo da internação atual::			¹⁶ Co-morbidades		

¹⁹ Internações anteriores? () Sim () Não Quantas? Onde?

¹² Onde recebe os medicamentos (Siclón):

¹⁴ Local de atendimento ambulatorial:
() HUB () outro: _____

¹¹ Início do TARV:
____/____/____

¹³ Conhecem o diagnóstico:
() Familiares () Amigos
() Outros:

¹⁵ Recebe apoio ao tratamento do (ex.: Centro de Convivência CEAD):
¹⁸ Orientação sexual

²⁰ Esquemas anteriores TARV e datas das alterações (Siclón)	
Esquemas	Data

²¹ Medicamentos da TARV em uso e posologia diária:		
Medicamentos	Posologia	Início

²² CD4:

Data: ____/____/____

²³ Carga viral:

Data: ____/____/____

²⁴ É etilista? () Sim () Não ²⁵ É tabagista () Sim () Não
Obs: Obs:

²⁶ Presença de doença oportunista? **Nos últimos 3 meses desenvolveu alguma infecção oportunista?**

() Pneumocistose () Diarreia () Tuberculose () Toxoplasmose () Candidíase oroesofágica

() Complexo *Mycobacterium avium* (MAC) () Criptococose () Citomegalovirose (CMV) () Pneumonia bacteriana

() Herpes () Hepatite () HPV () Leishmaniose () Sífilis

Outras

²⁷ Medicamentos usados no tratamento da doença oportunista.

Medicamento/posologia

Data

Escolaridade: () 0 – 4 anos () + de 4 anos () analfabeto	⁷ Procedência: () Brasília () Outra cidade:	⁹ Renda () 1-3 SM () + de 3	¹¹ Data de alta: ___/___/___
---	--	--	---

¹² Tempo de ocorrência do problema atual: () Até 1 mês () + de 1 mês
¹³ Tempo de procura do serviço após o problema atual: () Até 1 mês () + de 1 mês
¹⁴ Realizou consulta no último ano? () Sim () Não
¹⁵ Número de consultas realizadas no último ano: () Até 3 () + de 3
¹⁶ Recebe apoio ao tratamento do

¹⁷ Faz uso de medicamento para HIV? Sim () Não () Quais?

Abacavir - ABC
() cpr. de 300mg /dia

Atazanavir - ATV
() caps. de 200mg /dia
() caps. de 300 mg /dia

Darunavir - DRV
() cpr. de 300mg /dia

Didanosina - ddI
() caps. de 250mg /dia
() caps. de 400mg /dia

Efavirenz - EFZ
() cpr. de 600 mg /dia
() caps. de 200mg /dia

Enfuvirtida – T-20
() frascos-amp. de 90 mg/mL/dia

Estavudina – d4T
() caps. de 30mg /dia

Etravirina - ETR
)cpr.de100mg/dia

Fosamprenavir - FPV
() cpr. de 700 mg/dia

Indinavir - IDV
() caps. de 400mg /dia

Lamivudina –3TC
cpr. de150mg/dia

() Lopinavir + ritonavir – LPV/r
() cpr. de200mg/dia + 50mg/dia
() cpr. de 100mg + 25mg/dia

Nevirapina – NVP
() cpr. de200mg/dia

Raltegravir - RAL
() cpr. de400mg/dia

Ritonavir – RTV
() caps. de 100mg /dia

Saquinavir – SQV
)caps mole de 200mg /dia

Tenofovir – TDF
() cpr. de 300mg /dia

Tipranavir (TPV)
() caps. de 250mg /dia

Zidovudina+Lamivudina – AZT + 3TC
() cpr. de 300mg /dia + 150mg/dia

Zidovudina- AZT
() caps. de 100mg /dia

¹⁸ Você poderia me dizer se algum dos efeitos e/ou reações abaixo aconteceu durante seu tratamento com os antirretrovirais:

- | | | |
|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| Não aconteceu nenhum () | Cansaço () | Diarréia () |
| Azia/dor no estômago () | Náusea () | Vômito () |
| Dor de cabeça () | Febre () | Tonteira () |
| Úlceras na boca () | Anemia () | Alteração do paladar () |
| Insônia () | Alucinação () | Pesadelo () |
| Manchas na pele () | Dores musculares () | Ganho de peso () |

Outro(s): _____

Anotar os efeitos relatados (espontaneamente) pelo paciente:

Qual medicamento (consegue relacionar)?

¹⁹Foi necessário a troca de antiretroviral por um outro? () Sim () Não () Não relatado
) Sim () Não Por que? ²⁰Uso de bebida alcoólica () Sim () Não () Não relatado
 () Frequência Tipo: Destilado () Fermentado () Não relatado ()

²¹Uso de drogas ilícitas- () Sim () Não () Não relatado () Frequência

Tipo

²² Tabagismo () Sim () Não () Frequência

Tipo

²³ Fez uso de medicamentos nos últimos 30 dias (antes da internação) (antimicrobianos, outros)? () Sim () Não?

Medicamentos	Dose	Via	Tempo	Motivo do uso
--------------	------	-----	-------	---------------

RELAÇÃO : doenças X medicamentos	Medicamento + Tempo de uso aprox.	Prescrito ou automedicado?
Diabetes () / tipo 1 () tipo 2 ()		

Trato Gastrointestinal () Úlceras/gastrites/ motilidade/ parasitoses (H. pylore)		
Doença auto-imune () Lupus/ tireoidite de Hashimoto.		
Asma () DPOC ()		
Sist. cardiovascular () HAS, ICC, angina...		
Sist. Renal ()		
Dislipidemia		
Hematológicos () (anti-coagulantes; anti-plaquetários; anti-trombóticos) AVC, trombos...		
Inflamações () (garganta ; articulações...)		
Alergias ()		
Infecções () ITU, pneumonias...		

Câncer ()		
Está em uso de algum tipo de hormônio? Sim () Não ()	Quais:	
Transplante ()	Medicamentos:	
Opióides:		
Parasitoses () Malária, leishmania, taenia..		
Suspeita de contágio	HSH () Sexual () Hemofílico () UDI () Vertical () Transfusão de sangue () Ignorado ()	

10.2 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: **Avaliação da atenção a saúde e seguimento farmacoterapêutico de pessoas vivendo com HIV-Aids atendidas no Hospital Universitário de Brasília**. O objetivo desta pesquisa é avaliar os cuidados em saúde para pessoas vivendo com HIV/Aids quanto ao acesso aos serviços de saúde, segurança e efetividade a fim de favorecer a adequação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e durante a pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso segredo. Apenas os pesquisadores terão acesso as informações e nos trabalhos científicos não serão citados os nomes dos participantes.

A qualquer momento o (a) senhor(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento sem prejuízo para o seu atendimento no HUB, inclusive na Farmácia Escola. O (a) senhor (a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

A sua participação nesta pesquisa não oferece riscos à sua saúde e nem implicará em mudança do seu tratamento, que continuará seguindo as orientações do seu médico.

A sua participação será por meio de resposta a um questionário, na internação da Clínica Médica do HUB e na Farmácia Escola, nas datas combinadas para as consultas com o farmacêutico. Não existe um tempo pré-determinado para responder o questionário sendo respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que a senhor (a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os resultados da pesquisa poderão ser divulgados por meio de trabalhos científicos. Os dados utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda dos pesquisadores principais.

Se o senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa ou com relação à assinatura do TCLE, por favor, telefone para a Farmácia Escola, telefone: 3448 5544/ 3448 5435, no horário: 07h às 19h de Segunda à Sexta-feira. Endereço SGAN 605/606 Lote H, Asa Norte, CEP: 70840-

901 ou para as pesquisadoras responsáveis Profa. Dayde Lane Mendonça da Silva(61) 3107-1889 ou Profa. Maria Inês de Toledo (61)9808 6064.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da UNB.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Nome de Participante da Pesquisa: _____

Assinatura do Participante da Pesquisa _____

Profa. Dra. Maria Inês de Toledo
Pesquisadora Responsável

Profa. Dra. Dayde Lane Mendonça da Silva
Pesquisadora

Brasília, ____ de _____ de 2014

11 ANEXOS

11.1 TESTE DE MORISKY

TESTE DE MORISKY et al. MODIFICADO POR GOLDBERG et al.

(1) uma vez por mês ou menos (3) algumas vezes por semana(2) algumas vezes por mês(4) pelo menos uma vez por dia
Você, alguma vez, esquece de tomar o seu remédio? (____)
Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio? (____)
Quando você se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar o seu remédio? (____)
Quando você se sente mal, com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo? (____)
Quais os motivos que o levam a esquecer de tomar os remédios ?
Quais os motivos que levam o Sr(a) a se descuidar de tomar os remédios ?
Quais os motivos que levam o(a) Sr(a) a deixar de tomar os remédios, quando se sente bem?
Quais os motivos que levam o(a) Sr(a) a deixar de tomar os remédios, quando se sente mal?
O(a) Sr(a) acha que toma os remédios de maneira certa? Sim () Não() Não sei ()
O(a) Sr(a) acha que está cuidando bem da sua doença? Sim () Não () Não sei ()
Gostaria de fazer alguma observação sobre o que conversamos?
Resultados do teste de Morisky
Uso da TARV:
()REGULAR ()IRREGULAR ()ABANDONO