

ATUAÇÃO FARMACÊUTICA NA ADESÃO MEDICAMENTOSA AO PACIENTE COM HIV/SIDA

Aline Sarah Barbosa¹

Marcia Rodrigues ¹

Suellen Iara Guirra Rosa²

- 1- Graduandos do curso de Farmácia do UNIVAG.
- 2- Farmacêutica Doutora do Departamento de Ciências Básicas de Saúde - UFMT.
Docente do curso do Farmácia do UNIVAG.

RESUMO

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é um problema de saúde pública desde os anos 1980, uma doença do sistema imunológico humano resultante da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que ataca o sistema imunológico, que é o responsável por defender o organismo de doenças.

A AIDS se caracteriza pelo enfraquecimento do sistema imunológico do corpo, tornando o organismo mais vulnerável ao aparecimento de doenças oportunistas, que vão de um simples resfriado a infecções mais graves como tuberculose ou câncer. Os primeiros sintomas são muito parecidos com os de uma gripe, como febre e mal-estar. Por isso, a maioria dos casos passa despercebido. A adesão farmacológica é o comportamento da pessoa ao aceitar as recomendações dos profissionais da saúde, como a administração correta dos medicamentos e uma dieta saudável. Os descritores utilizados serão Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS); Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV); tratamento com antirretrovirais e os correspondentes em inglês. A pesquisa de dados correspondeu ao período de dezembro de 2008 a setembro de 2018. De fato, o acesso universal à terapia antirretroviral, associado ao uso de quimioprofilaxia para infecções oportunistas, assim como a oferta de outros tipos de assistência, tem possibilitado a redução das internações hospitalares e dos óbitos por AIDS no Brasil. Embora não haja ainda a cura para a infecção pelo HIV, é possível controlar a doença por meio de ações que promovam a prevenção primária e pelo diagnóstico precoce e terapia adequada da pessoa portadora. Neste contexto, o farmacêutico torna-se

fundamental na assistência aos portadores de HIV/AIDS, uma vez que cabe a ele o papel de orientação ao paciente garantindo adesão ao tratamento. Neste sentido, o objetivo do nosso trabalho foi discorrer sobre a importância do farmacêutico clínico para adesão farmacológica dos pacientes portadores de HIV/AIDS. Foi realizada uma revisão sistemática da literatura nos indexadores Pubmed e Google acadêmico.

Palavras-chaves: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS); Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV); adesão medicamentosa.

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida é um problema de saúde pública desde os anos 1980, alcançou proporções pandêmicas aumentando a demanda por serviços e profissionais da saúde (ARAÚJO; SILVEIRA; MELO, 2008).

O HIV e a AIDS são distintos um do outro, onde a pessoa que tem HIV, está com o vírus em sua circulação sanguínea, enquanto a pessoa com AIDS, por causa do vírus na circulação sanguínea, tem sua imunidade prejudicada, onde o organismo não pode combater possíveis agentes patológicos, tornando-o vítima de doenças oportunistas. (BRASIL, 2013).

Os primeiros casos de AIDS foram identificados nos Estados Unidos da América, Haiti e África Central entre os anos de 1977 e 1978. O primeiro caso no Brasil foi relatado em 1980 na cidade de São Paulo. Mas, apenas em 1982 a doença foi classificada como uma nova síndrome. De 2007 até junho de 2019, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 300.496 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo 21.979 na região Centro Oeste (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

A adesão farmacológica é o comportamento da pessoa ao aceitar as recomendações dos profissionais da saúde, como a tomada correta dos medicamentos e uma dieta saudável (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). É um processo que, além de ser influenciado pelo contexto sociocultural, depende fundamentalmente da qualidade do relacionamento entre pacientes e profissionais de saúde (GOMES ET AL. 2009).

O “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos” (PCDT Adultos) disponibiliza orientações atualizadas para prevenção da transmissão e tratamento da infecção, promovendo melhor qualidade de vida para as pessoas que vivem com o HIV. O protocolo dispõe de questões técnicas, baseadas em novas comprovações científicas, de acordo com o desenvolvimento da política pública em saúde para os portadores no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

A partir da última atualização do protocolo e diretrizes em 2013, diversos desafios foram enfrentados junto a soluções e descobertas para melhorar o cuidado

das pessoas que vivem com o HIV. O protocolo clínico e diretriz é organizado apresentando informações didáticas, de forma clara e acessível para o entendimento de quem necessita do conteúdo, onde relata assistência em saúde sobre medidas e cuidados que garantam o entendimento do cuidado completo dos novos métodos adaptados a rotina do paciente. Também relata a importância do esclarecimento de dúvidas e recomendações fornecidas pelos profissionais de saúde incluindo farmacêuticos e o quanto é essencial o diagnóstico precoce para abordagem e preparo inicial do portador para a adesão medicamentosa, prevenção combinada onde sugere o uso “combinado” de métodos preventivos, de acordo com as possibilidades e escolhas de cada indivíduo quando e como iniciar o tratamento, seus efeitos adversos, interações medicamentosas e manejo das infecções oportunistas em situação de diagnóstico tardio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

O documento por várias vezes enfatiza que o profissional farmacêutico deve ofertar às pessoas que procuram os serviços de saúde estratégias abrangentes de prevenção, a fim de garantir uma maior diversidade de opções que orientem suas decisões. Dando-lhe sempre a oportunidade de escolher o método que melhor se adequa às condições e circunstâncias de sua vida, tendo como princípio a garantia de direitos humanos e o respeito à autonomia do indivíduo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

O protocolo de Assistência Farmacêutica em doenças sexualmente transmissíveis como HIV e AIDS orienta os portadores no início, ajuste ou retorno da terapia medicamentosa que apresentaram algum problema relacionado com a adesão sejam atendidos por um farmacêutico qualificado que fornecerá a ele todas as recomendações pertinentes a terapia para que o mesmo aceite as condições do tratamento prescrito. A visita e o acompanhamento deve sempre ser documentado de forma rigorosa para colaboração com a equipe multidisciplinar facilitando futuras consultas e, garantindo melhores resultados, fidelizando o paciente portador ao serviço e as metas estabelecidas para o tratamento mesmo com todas as dificuldades encontradas no processo de detecção, prevenção e resolução dos problemas relacionados a medicação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Diversos estudos têm ressaltado a relevância da assistência farmacêutica na promoção da adesão à terapia antirretroviral, melhorando a resposta virológica dos pacientes infectados (GELETKO; POULAKOS 2002; CECCATO et al, 2004;

CODINA-JANÉ et al. 2004; HARDY, 2005; CASTILHO et al. 2004).

O acesso dos pacientes portadores do HIV/AIDS a uma assistência farmacêutica de qualidade representa um grande desafio para os sistemas de saúde, especialmente em países subdesenvolvidos (OLIVEIRA, et al, 2002).

A presente revisão traz como justificativa o papel do farmacêutico clínico junto ao período mais difícil da doença, trabalhando a conscientização e educação do paciente portador em relação a adesão e inclusão dos remédios ao seu dia a dia alertando sempre sobre efeitos colaterais causados pela medicação até que o organismo se acostume às substâncias garantindo sua qualidade de vida sem abandono a terapia.

Teve como objetivo discorrer sobre a importância do Farmacêutico clínico para adesão farmacológica dos pacientes portadores de HIV/AIDS.

2. METODOLOGIA DA PESQUISA

O projeto de pesquisa foi desenvolvido utilizando dados secundários obtidos através de revisão bibliográfica, que demonstra evidências e estudos sobre o papel do farmacêutico ao paciente portador de HIV/AIDS e sua relação direta com o tratamento e adesão farmacológica. As bases de dados foram livros, PUBMED, Google Acadêmico e SCIELO. A revisão bibliográfica teve como base: utilização de vocábulos em língua inglesa, portuguesa e espanhola, busca sistematizada e hierarquizada e emprego de operadores booleanos específicos da base de dados que informam ao sistema de busca como combinar os termos de sua pesquisa.

Os critérios de inclusão para realizar a pesquisa foram selecionar livros, artigos e sites com vínculo institucional e acadêmico. Esses estudos foram publicados entre 2008 a 2018 e relacionados com o tema central pré-definido, sendo todos os artigos de domínio público. Já os critérios de exclusão incluem estudos não relacionados ao tema central, publicação em línguas que não sejam em português, inglês e espanhol ou fora da data estabelecida para inclusão e artigos encontrados fora das bases de dados.

Para realizar a revisão bibliográfica foram usados termos referentes ao tema central, como: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Vírus da Imunodeficiência Humana e adesão medicamentosa. As etapas de seleção de artigos e livros incluem a escolha das bases de dados que foram utilizadas, como

definição dos termos, leitura do título e se presente resumo.

Os livros, artigos e sites com vínculo institucional e acadêmico selecionados foram analisados para constatar se existem dados relevantes. Os estudos utilizados na realização da revisão bibliográfica estavam disponibilizados de forma esquematizada contendo nome do autor, título, data de publicação e os principais resultados. Para este tipo de estudo não há necessidade de análise por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), segundo o regramento estabelecido na Resolução CNS-MS nº 510, de 07 de abril de 2016.

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) foi conhecida em meados de 1981, nos Estados Unidos (EUA), a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais, que apresentaram, pneumonia por *Pneumocystis carinii* e comprometimento do sistema imune, onde hoje são características típicas da AIDS. (PINTO, et al, 2007).

Em 1985, quando centenas de casos de AIDS já tinham sido diagnosticados no Brasil, o Ministério da Saúde finalmente veio a público reconhecer a gravidade do problema para a saúde pública brasileira. No dia 2 de maio daquele mesmo ano, através da portaria nº 236, foi criado o primeiro programa Nacional da AIDS e foram estabelecidas as primeiras diretrizes e normas para o enfrentamento da epidemia no país, reconhecendo a AIDS como um problema emergente da saúde pública. Oliveira (2002) afirma que o Brasil é um país que possui um programa nacional de controle da infecção pelo HIV/AIDS considerado como um modelo para o mundo. As ações de assistência, prevenção e tratamento às pessoas vivendo com HIV/AIDS são realizadas pelo Serviço de Assistência Especializado (SAE), que proporciona atendimento integral e de qualidade a seus usuários, por meio de uma equipe de profissionais de saúde composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores, entre outros. (BRASIL, 2014).

As medicações antirretrovirais passaram a ser oferecidas no Brasil em meados de 1992. Foi introduzida no sistema de saúde brasileiro em

novembro de 1996 como parte da política nacional de livre acesso aos serviços de saúde e medicamentos e é oferecida para toda a população com indicação de tratamento. Isso possibilitou uma diminuição de 33% da mortalidade após a introdução do tratamento, a qual tem se mantido estável (REIS, SANTOS, CRUZ, 2007; LEVI, VITÓRIA, 2002).

O acesso universal à terapia antirretroviral (TARV), associado ao uso de quimioprofilaxia para infecções oportunistas e a oferta de outros tipos de assistência, tem possibilitado a redução das internações hospitalares e dos óbitos por AIDS no Brasil.

Entretanto, apesar de todas as ações empreendedoras desenvolvidas pelo Programa Nacional de DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis) e AIDS, nos últimos dez anos, um importante problema de saúde pública e um novo desafio tem sido relatado: a falha terapêutica, relacionada principalmente pela não-adesão do paciente à TARV.

Embora não haja ainda a cura para a infecção pelo HIV, é possível controlar a doença por meio de ações que promovam a prevenção primária e pelo diagnóstico precoce e terapia adequada da pessoa portadora (BRASIL, 2006)

Assim, entende-se que a assistência integral aos pacientes, o respeito aos seus direitos e à sua dignidade, junto as ações de prevenção e campanhas, do processo de educação permanente dos farmacêuticos e profissionais de saúde em geral, têm sido os principais motivos do progresso das respostas, em relação à AIDS, que o País conquistou nos últimos anos (ENDLICH, ALFANO, 2011).

3.2 EVOLUÇÃO DA DOENÇA

Quando ocorre a infecção pelo vírus causador da AIDS, o sistema imunológico começa a ser atacado. É o tempo da exposição ao vírus até o surgimento dos primeiros sinais da doença. Esse período varia de 3 a 6 semanas. E o organismo leva de 30 a 60 dias após a infecção para produzir anticorpos anti- HIV (BRASIL, 2014).

Os primeiros sintomas são muito parecidos com os de uma gripe, como febre e mal-estar. Por isso, a maioria dos casos passa despercebido. Com o frequente ataque, as células de defesa começam a funcionar com menos eficiência até serem destruídas. O organismo fica cada vez mais fraco e vulnerável a

infecções comuns. (BRASIL, 2014).

A partir daí ocorre sintomas iniciais caracterizados pela alta redução dos linfócitos T CD4. Os sintomas mais comuns são: febre, diarreia, suores noturnos e emagrecimento. A baixa imunidade permite o aparecimento de doenças que se aproveitam da fraqueza do organismo. Atingindo logo o estágio mais avançado da doença, a AIDS. Quem chega à quarta fase, por não saber ou não seguir o tratamento indicado pelos médicos, pode sofrer de hepatites virais, tuberculose, pneumonia, toxoplasmose e alguns tipos de câncer, enfim, sofre com doenças oportunistas (BRASIL, 2014).

3.3 PROFILAXIA PEP E PREP

A PEP (profilaxia pós exposição) é uma medida de prevenção à infecção pelo HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis, que consiste no uso de medicamentos para reduzir o risco de adquirir essas infecções; utilizada após qualquer situação em que existia risco de contágio, como: violência sexual, relação sexual desprotegida e acidente ocupacional (BRASIL, 2017).

Consiste no uso de medicamentos antirretrovirais, para reduzir o risco de infecção em situação de exposição ao vírus, que deve ser iniciada o mais rápido possível preferencialmente nas primeiras 2 horas após exposição e no máximo em até 72 horas. A duração da PEP é de 28 dias e é acompanhada pela equipe de saúde. (BRASIL, 2017)

A PREP (profilaxia pré exposição) é um novo método de prevenção à infecção pelo HIV, consiste na tomada diária do medicamento Tenofovir + Entricitabina, que bloqueiam alguns caminhos que o vírus usa para infectar o organismo. A PREP é indicada para pessoas que tenham maior chance de entrar em contato com o HIV. (BRASIL, 2017)

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estudos realizados para a utilização de estratégias para a adesão medicamentosa antirretrovirais aos usuários e atividades que possam ser desenvolvidas para minimizar possíveis dificuldades para adesão ARVs.

4.1 Vínculo com o profissional farmacêutico e equipe de saúde:

Acolher é o processo de inclusão dos usuários aos serviços de saúde; é importante reconhecer dúvidas, preocupações, angústias e medos, vivenciados durante o atendimento clínico farmacêutico. (BRASIL,2008). A satisfação com o atendimento tende a favorecer os vínculos com a equipe e com o serviço, bem como a adesão ao tratamento.

4.2 Registro no prontuário de acompanhamento

Registrar fatos ocorridos com o paciente em seus prontuários, pelo farmacêutico e por todos os integrantes da equipe, favorece o conhecimento interdisciplinar sobre o histórico do caso e as intervenções realizadas pelos diferentes profissionais (BRASIL,2010).

4.3 Controle de Dispensação

Os profissionais da farmácia podem dar informações sobre a falha na retirada ou problemas na administração da medicação, não só os ATRVS, mas também de outras doenças. O controle informatizado (SICLOM) da disponibilidade dos medicamentos, permite que a listagens com datas das retiradas sejam obtidas, fazendo com a equipe acompanhe o processo de busca dos medicamentos de seus usuários. Possibilitando assim, identificar interrupções no comportamento de adesão, como atrasos e falha nas retiradas dos medicamentos (BRASIL, 2013). A abordagem do farmacêutico diante dos eventuais problemas na adesão deve ser

primitiva, mas de acolhimento e de cooperação para a solução dos problemas existente.

Tabela 1: Apresentação dos resultados encontrados na pesquisa referente ao acompanhamento farmacêutico em resposta terapêutica ao tratamento antirretroviral de pacientes HIV/AIDS, a partir de referências teóricas.

TITULO	AUTORES	LOCAL/ ANO	INFORMAÇÕES
Perfil dos pacientes em tratamento para HIV/AIDS e fatores determinantes na adesão ao tratamento antirretroviral.	Alves e Mazon	Santa Catarina /SC. 2013	A região em estudo possui baixo índice de abandono ao tratamento, onde 100% dos pacientes estão em acompanhamento, tendo apontado que os motivos que mais dificultam o tratamento é a adaptação ao medicamento, aos efeitos colaterais e a adequação aos horários. O estudo permitiu identificar ainda, que o processo de aconselhamento e acolhimento dos profissionais de saúde é uma ótima estratégia para a qualidade do diagnóstico da doença e da atenção à saúde.
Atenção farmacêutica na fase inicial de tratamento da	Vizeu Camargo e colaboradores	Santa Catarina/ SC. 2014	Foi realizado um estudo, com amostragem por conveniência e grupo

<p>AIDS como fator importante na adesão aos antirretrovirais</p>			<p>controle, para verificar a influência da atenção farmacêutica na adesão ao tratamento de pacientes em início de TARV. Onde a alta adesão está relacionada com a aceitação da doença e a melhor relação com os profissionais.</p>
<p>Importância da atenção multidisciplinar para resgatar o paciente com HIV/AIDS apresentando baixa adesão à terapia antirretroviral</p>	<p>Cancian e colaboradores</p>	<p>Rio Grande do Sul/RS. 2015</p>	<p>Baixa escolaridade e a falta de informação foram os motivos da baixa adesão à terapia. A melhora ocorreu após o trabalho multidisciplinar.</p>
<p>Impacto do atendimento farmacêutico individualizado na resposta terapêutica ao tratamento antirretroviral de pacientes HIV positivos.</p>	<p>Rodrigues e colaboradores</p>	<p>São Paulo /SP. 2015</p>	<p>A inserção do farmacêutico às equipes de saúde que prestam assistência aos usuários do SUS no tratamento e adesão a TARV no Brasil é imprescindível</p>
<p>Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes HIV positivos em uma unidade de dispensação de medicamentos</p>	<p>Prado e colaboradores</p>	<p>Minas Gerais / MG. 2016</p>	<p>A presença do farmacêutico é importante para a detecção do PRM e o estudo se volta para as dificuldades de atenção</p>

antirretrovirais			farmacêutica na saúde pública.
Atenção farmacêutica como estratégia para o uso racional de medicamentos antirretrovirais	Vieira Ribeiro e Pagliari	São Paulo / SP. 2017	Avalia o papel do farmacêutico no acesso e uso racional de medicamentos antirretrovirais por pacientes com HIV. E atuação de maneira mais próxima aos pacientes nas unidades de saúde, fornecendo informações e acolhimento adequados, favorecer a adesão e uso correto das medicações com conseqüente melhoria das condições de saúde

Tabela 2: Fármacos utilizados no tratamento terapêutico.

FÁRMACOS	POSOLOGIA	MECANISMO DE AÇÃO	REAÇÕES ADVERSAS
Zidovudina (AZT)	300 mg duas vezes ao dia, devido a sua meia-vida curta.	É um pró-fármaco, cuja seu mecanismo de ação consiste em inibir a incorporação, pela enzima transcriptase reversa, da timidina ao DNA viral. (Veal, Back, 1995)	Dor de cabeça severa; perda ou diminuição da força; inflamação muscular; náusea; insônia; vômito.
	300mg um comprimido uma	O tenofovir é um análogo nucleotídeo da	Redução de apetite; diarreia;

Tenofovir	vez ao dia	deoxiadenosina monofosfato, com atividade contra o HIV-1, HIV-2 e vírus da hepatite B. Devido à sua meia-vida longa de 17 horas, é administrada uma vez por dia com outras drogas anti-retrovirais (MASHO et al., 2007)	respiração acelerada; desconforto; dor ou câimbra muscular; náusea; respiração curta, sonolência, cansaço e fraqueza incomuns.
Ritonavir - RTV	300 mg a cada doze horas, aumentando progressivamente. por uma ou duas semanas até a dose plena de 600 mg a cada dose horas	É um inibidor de protease viral com especificidade para o vírus HIV-1, utilizado com frequência nos esquemas de ARV combinados para gestantes contaminadas (CARVALHO et al., 2007).	Náuseas, vômitos e diarreia, fraqueza, parestesia periférica e perioral, alterações do paladar e cefaleia.
Saquinavir (SQV)	150 mg a cada doze horas.	O SQV sofre extenso metabolismo de primeira passagem pela CYP450 e atua tanto como inibidor quanto como substrato da CYP450.	Sensação de confusão; esidratação; pele seca; coceira na pele; odor de acetona na respiração; aumento de apetite, náusea; vômito; perda de peso.
Lamivudina (3TC)	150 mg a cada doze horas.	É um nucleosídeo sintético que, após fosforilação, trona-se um análogo a nucleotídeos naturais, inibindo a ação	Dor abdominal ou estomacal severa; sensação de saciedade, náusea; formigamento; rash

		da transcriptase reversa e interrompendo a cadeia de formação de ácidos nucléicos (LOPES, 2007).	cutâneo; dor repentina; queimação, dormência e dor nas mãos, braços, pés e pernas.
Abacavir – ABC	300 mg por via oral a cada 12 horas. (LOPES, 2007).	É um análogo da guanosina (RANG & DALE, 2005)	Febre, erupção cutânea, sintomas constitucionais, sintomas do trato gastrointestinal, sintomas respiratórios e tornam-se mais grave com a administração contínua
Atazanavir (ATV)	150 a.200mg, uma vez ao dia. dose de 400 mg (quando único IP) ou 300 mg (quando associado com 100 mg de RTV)	É um inibidor da enzima uridina difosfato glucuronil transferase, levando a deficiência na conjugação da bilirrubina e icterícia. LOPES, 2007).	Boca seca; respiração acelerada; fadiga; febre; áreas avermelhadas na pele; aumento de apetite; coceira; perda de consciência; dor muscular; náusea; respiração curta
Saquinavir (SQV)	150 mg a cada doze horas (LOPES, 2007)	O SQV sofre extenso metabolismo de primeira passagem pela CYP450 e atua tanto como inibidor quanto como substrato da CYP450.	Sensação de queimação; confusão; desidratação; pele seca; coceira na pele; odor de acetona na respiração; aumento de apetite; náusea; vômito; perda de peso.
	150 mg a	É um nucleosídeo	Dor abdominal

Lamivudina (3TC)	cada doze horas.	sintético que, após fosforilação, torna-se um análogo a nucleotídeos naturais, inibindo a ação da transcriptase reversa e interrompendo a cadeia de formação de ácidos nucleicos (LOPES, 2007).	ou estomacal severa; sensação de saciedade, náusea; formigamento; rash cutâneo; dor repentina; queimação, dormência e dor nas mãos, braços, pés e pernas.
Abacavir – ABC	300 mg por via oral a cada 12 horas.	É um análogo da guanosina (RANG & DALE, 2005)	Febre, erupção cutânea, sintomas do trato gastrointestinal, sintomas respiratórios tornam-se mais graves com a administração contínua
Atazanavir (ATV)	150 a 200mg, uma vez ao dia. dose de 400 mg (quando único IP) ou 300 mg (quando associado com 100 mg de RTV)	É um inibidor da enzima uridina difosfato glucuronil transferase, levando na deficiência na conjugação da bilirrubina e icterícia. (LOPES, 2007).	Boca seca; respiração acelerada; fadiga; febre; pele seca ou avermelhada; odor de acetona na respiração; desconforto; áreas avermelhadas na pele; aumento de apetite, sede e vontade de urinar; coceira; perda de consciência; dor muscular ou câimbra; náusea; respiração curta

Tabela 3 : Protocolo e Diretriz de Assistência Farmacêutica em HIV/AIDS

<p><i>“Protocolos de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/Aids”</i></p>	<p><i>“Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e Aids e a revisão das Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV-2008”</i></p>
<p>Reconhecem a importância estratégica do papel do farmacêutico, particularmente na dispensação de antirretrovirais, com objetivo de fornecer subsídios atualizados, aprimorando, dessa forma, a qualidade da atenção às PVHA no Brasil.</p>	
<p>Documentos indicam estratégias de atualização dos farmacêuticos nos aspectos mais relevantes de sua atuação profissional junto às PVHA.</p>	
<p>Estabelecem recomendações e fornecem informações que aumentam a qualidade da intervenção do farmacêutico, na oportunidade singular do contato com o usuário.</p>	
<p>Recomendam que os farmacêuticos não apenas orientem e repassem informações ao usuário, mas que o façam em um processo de troca e acompanhamento contínuo.</p>	
<p>Ressaltam a importância e complexidade do tratamento medicamentoso, dão ao farmacêutico um papel de destaque no apoio à qualidade da prescrição. Isso inclui orientações individuais aos pacientes sobre o uso do medicamento, supervisão e orientação sobre a adequação dos esquemas antirretrovirais, doses, posologias e interações, participação em grupos de adesão e controle de faltosos, além de aspectos clínicos envolvidos com o manejo, informação e notificação de efeitos adversos.</p>	

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreendemos que o profissional farmacêutico é de fundamental importância na assistência aos portadores de HIV/AIDS e a participação do farmacêutico é de grande importância na equipe multiprofissional, programas de serviço a saúde, para adesão medicamentosa do paciente.

Cabe ao farmacêutico o papel de orientação ao paciente garantindo a adesão ao tratamento. No qual a adesão é o único modo de garantir o acompanhamento e o tratamento da infecção pelos portadores HIV/AIDS. No qual torna-se essencial para alcançar os objetivos da terapia antirretroviral de supressão máxima, melhora da qualidade de vida, reconstituição imunológica e redução das doenças oportunistas e o bem estar do paciente.

9.0 REFERÊNCIAS

Aconselhamento em DST/HIV Aids: Diretrizes e procedimentos Básicos 2012. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/074_01aconselhamento.pdf>. Acesso em 24 de Outubro de 2020.

AFANI S., Alejandro; AYALA C., Marisol; MEYER K., Andrea; CABRERA C., Roy, ACEVEDO M., William. Resistencia primaria a terapia antirretroviral em pacientes com infección por VIH/SIDA en Chile. Rev Méd, Chile, v.133, n.3, p.295-301, mar.2005.

ALMEIDA, E. S. D. et al. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. D. (Ed.). Gestão de Serviços de Saúde. São Paulo: Edusp, 2001. p. 13-50.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a política nacional de Assistência Farmacêutica, estabelecida com base nos princípios constantes no anexo desta portaria. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 maio 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo

com HIV e Aids / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 130 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Manuais; n. 84) Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_adesao_tratamento_hiv.pdf >

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica : manual para a equipe multiprofissional / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_integral_hiv_manual_multiprofissional.pdf > Data de acesso: 15 de Abril de 2020 às 15:05.

MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Disponível em <file:///C:/Users/User/Downloads/miolo_pcdt_prep_11_2018_web.pdf> data de acesso 20 de Novembro de 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Departamento de DST/HIV/AIDS. Relatório de Progresso da Resposta Brasileira ao HIV/AIDS (2010-2011). Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Departamento de DST/HIV/AIDS. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Adultos Vivendo com HIV/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Departamento de DST/HIV/AIDS. Recomendações do grupo de trabalho de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde , 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS. Brasília: MS; 2014. 84p.

COLOMBRINI, Maria Rosa Ceccato et al. Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS. Rev Esc Enferm USP 2006; 40(4):576-81. Disponível em <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/197084/1/pmed_17310576.pdf > Data de acesso: 8 de Abril de 2020.

GALVAO, Marli Teresinha Gimenez et al. Qualidade de vida e adesão à medicação antirretroviral em pessoas com HIV. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 28, n. 1, p. 48-53, Feb. 2015. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002015000100048&script=sci_arttext > Data de acesso: 1 de Março de 2020 às.

GOMES, Raquel Regina de Freitas Magalhães et al. Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicador da não-adesão à terapia anti-retroviral em indivíduos infectados pelo HIV. Cadernos de Saúde Pública, v. 25, p. 495-506, 2009. <<https://www.scielosp.org/article/csp/2009.v25n3/495-506/pt/>> Data de acesso: 17 de Abril de 2020.

HERMES, Débora. Consulta multiprofissional para avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes portadores do HIV. 2015. <<http://repositorio.ufsm.br/handle/1/15292>> Data de acesso: 24 de abril de 2020.

ROMEU, Geysa Aguiar et al. Avaliação da adesão a terapia antirretroviral de pacientes portadores de HIV. Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde. São Paulo v.3 n.1 37-41 jan./mar. 2012 < <https://www.rbfhss.org.br/sbrafh/article/view/116/117> > Data de acesso: 12 de setembro de 2020.

Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/Aids. Recomendações do Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2010. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_assistencia_farmaceutica_aids.pdf>. Acesso em: 02 de outubro de 2020.