

Princípios em Farmácia 2



**Nayara Araújo Cardoso
Renan Rhonalty Rocha
Maria Vitória Laurindo
(Organizadores)**

Atena
Editora
Ano 2019

Nayara Araújo Cardoso
Renan Rhonalty Rocha
Maria Vitória Laurindo
(Organizadores)

Princípios em Farmácia 2

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Executiva: Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Rafael Sandrini Filho
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof^a Dr^a Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof.^a Dr.^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof.ª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof.ª Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof.ª Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
P957	Princípios em farmácia 2 [recurso eletrônico] / Organizadores Nayara Araújo Cardoso, Renan Rhonalty Rocha, Maria Vitória Laurindo. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Princípios em Farmácia; v. 2) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia. ISBN 978-85-7247-509-9 DOI 10.22533/at.ed.099190208 1. Farmácia. I. Cardoso, Nayara Araújo. II. Rocha, Renan Rhonalty. III. Laurindo, Maria Vitória. IV. Série. CDD 615
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A obra “Princípios da Farmácia 2” consiste de uma série de livros de publicação da Atena Editora, em seus 9 capítulos, a qual apresenta contribuições originais para a pesquisa clínica na área da farmácia, além de perfil de consumo de medicamento e padrões de produção.

A pesquisa e o desenvolvimento de medicamentos é um processo que se inicia com a pesquisa básica de um novo composto, passando em seguida para os ensaios pré-clínicos, os ensaios clínicos e finalizados com o registro do medicamento. É um processo longo, burocrático contínuo e interligado que envolve diversos profissionais, perpassando desde a utilização, prevenção de reações adversas, a aspectos regulatórios e epidemiológicos.

Desta forma, com o intuito de colaborar com os dados já existentes na literatura, este volume traz atualizações sobre o desenvolvimento, padrões de produção e utilização de medicamentos, bem como perfis epidemiológicos atualizando e capacitando futuros profissionais da área, assim esta obra é dedicada tanto à população de forma geral, quanto aos profissionais e estudantes da área da saúde. Dessa forma, os artigos apresentados neste volume abordam: a Diversidade nas alterações da hemoglobina associada às hemoglobinopatias; aspectos gerais e imunológicos das doenças inflamatórias pulmonares e o uso da *Punica granatum* L. como produto natural anti-inflamatório; estudo preliminar do efeito fotoquimioprotetor de *Campomanesi aguaviroba* frente à radiação uvb; influência da proteína ligadora do retinol 4 (rbp4) no desenvolvimento de resistência insulínica em obesos; magnésio como condutor do calcio: prevenção e tratamento de osteoporose e infarto agudo do miocárdio; padrão de consumo do metilfenidato em uma instituição de ensino superior; utilização do *brief medication questionnaire* na avaliação da adesão de pacientes iniciantes em terapia antirretroviral, dentre outros temas pertinentes na atualidade.

Sendo assim, almejamos que este livro possa colaborar com informações relevantes aos estudantes e profissionais de saúde que se interessarem por pesquisa original em farmácia, nos campos de desenvolvimento de medicamentos, testes farmacocômicos, exploração de doenças, testes e perfis epidemiológicos colaborando e instigando-os a conhecer o desenvolvimento de novas drogas e impacto social e econômico do seu uso pela sociedade.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
ASPECTOS GERAIS E IMUNOLÓGICOS DAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS PULMONARES E O USO DA <i>Punica granatum</i> L. COMO PRODUTO NATURAL ANTI-INFLAMATÓRIO	
Aruanã Joaquim Matheus Costa Rodrigues Pinheiro Lídio Gonçalves Lima Neto	
DOI 10.22533/at.ed.0991902081	
CAPÍTULO 2	10
ESTUDO PRELIMINAR DO EFEITO FOTOQUIMIOPROTETOR DE <i>Campomanesia guaviroba</i> FRENTE À RADIAÇÃO UVB	
Lilian dos Anjos Oliveira Ferreira Camila Cristina Iwanaga Rúbia Casagrande Celso Vataru Nakamura Maria da Conceição Torrado Truiti	
DOI 10.22533/at.ed.0991902082	
CAPÍTULO 3	21
INFLUÊNCIA DA PROTEÍNA LIGADORA DO RETINOL 4 (RBP4) NO DESENVOLVIMENTO DE RESISTÊNCIA INSULÍNICA EM OBESOS	
Eduardo Ottobelli Chielle Eliandra Mirlei Rossi Eliane Maria de Carli	
DOI 10.22533/at.ed.0991902083	
CAPÍTULO 4	31
CONTEXTO HISTÓRICO, ASPECTOS REGULATÓRIOS E SITUAÇÃO ATUAL DO SETOR FARMOQUÍMICO NO BRASIL	
Aline Silva Ferreira Williana Tôrres Vilela Alinne Élide Gonçalves Alves Tabosa Adriana Eun He Koo Yun Alessandra Cristina Silva Barros Natália Millena da Silva Thâmara Carollyne de Luna Rocha Débora Dolores Souza da Silva Nascimento Ilka do Nascimento Gomes Barbosa Rosali Maria Ferreira da Silva Pedro José Rolim Neto Mônica Felts de La Roca Soares	
DOI 10.22533/at.ed.0991902084	
CAPÍTULO 5	43
MAGNÉSIO COMO CONDUTOR DO CÁLCIO: PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE OSTEOPOROSE E INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO.	
Bianca Roberta Silva Laure Daniela Rodrigues Chaves Mara Christina Hott	
DOI 10.22533/at.ed.0991902085	

CAPÍTULO 6	54
PADRÃO DE CONSUMO DO METILFENIDATO EM UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR	
Álvaro Paulo Silva Souza	
Alexsander Augusto da Silveira	
Adibe Georges Khouri	
Sandra Oliveira Santos	
DOI 10.22533/at.ed.0991902086	
CAPÍTULO 7	67
UTILIZAÇÃO DO <i>BRIEF MEDICATION QUESTIONNAIRE</i> NA AVALIAÇÃO DA ADESÃO DE PACIENTES INICIANTE EM TERAPIA ANTIRRETROVIRAL	
Patrícia de Oliveira França	
Igor Magalhães Sales	
Mateus Fregona Pezzin	
DOI 10.22533/at.ed.0991902087	
CAPÍTULO 8	79
PERFIL DOS PACIENTES DIABÉTICOS CADASTRADOS NO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL NO MUNICÍPIO DE TEÓFILO OTONI- MG	
Ellen Colen de Carvalho	
Wilke Salomão de Carvalho	
Luciano Evangelista Moreira	
DOI 10.22533/at.ed.0991902088	
SOBRE OS ORGANIZADORES	92
ÍNDICE REMISSIVO	93

UTILIZAÇÃO DO *BRIEF MEDICATION QUESTIONNAIRE* NA AVALIAÇÃO DA ADESÃO DE PACIENTES INICIANTES EM TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

Patrícia de Oliveira França

Universidade Federal do Espírito Santo
Vitória – Espírito Santo

Igor Magalhães Sales

Universidade Federal do Espírito Santo
Vitória – Espírito Santo

Mateus Fregona Pezzin

Universidade Federal do Espírito Santo
Vitória – Espírito Santo

RESUMO: A adesão é um processo dinâmico e multifatorial que abrange aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais. Para detectar as dificuldades de adesão, os profissionais precisam de ferramentas precisas, práticas e clinicamente relevantes. Diante da falta de um recurso padronizado e específico para o HIV verificou-se a necessidade de testar ferramentas para estimar a adesão de pacientes em uso da terapia antirretroviral (TARV). Os instrumentos de autorrelato em forma de questionários são comumente utilizados, dentre estes, o *Brief Medication Questionnaire* (BMQ), é um questionário breve e fácil de usar, e tem capacidade de detectar diferentes tipos de não adesão, sendo dividido em três grupos de perguntas, denominados “regime”, “crença” e “recordação”. Avaliou-se a efetividade do instrumento BMQ, aplicando-o

em um grupo de pacientes recém-iniciados em TARV no ano de 2017, nos primeiros seis meses de tratamento, associando a retirada de medicamentos e a carga viral. Ao avaliar o desempenho do questionário BMQ associado à adesão pela retirada na farmácia, constatou-se que 56,5% dos pacientes foram classificados como prováveis aderentes, e 47,1% foram realmente aderentes levando em consideração a porcentagem de retirada de medicamentos. O BMQ mostra-se importante no monitoramento da adesão deste grupo de pacientes, contudo é necessário associá-lo a outras medidas para que seja realmente efetivo, uma vez que a adesão à TARV é uma questão complexa e não está ligada somente a efeitos indesejáveis, mas a dificuldade da introdução da terapêutica na vida individual e social do paciente, e o peso da representatividade do medicamento na vida do indivíduo.

PALAVRAS – CHAVE: Adesão ao tratamento, Terapia antirretroviral, Autorrelato.

UTILIZATION OF THE *BRIEF MEDICATION QUESTIONNAIRE* IN THE EVALUATION OF THE ADHERENCE OF INIATIANG PATIENTS IN ANTIRETROVIRAL THERAPY

ABSTRACT: Adherence is a dynamic and multifactorial process that encompasses

physical, psychological, social, and cultural aspects. In order to detect adherence problems, practitioners need accurate, practical and clinically relevant tools. Given the lack of a standardized and specific HIV resource, it was necessary to test tools to estimate the adherence of patients taking antiretroviral therapy (ART). The self-report instruments in the form of questionnaires are commonly used, among them the Brief Medication Questionnaire (BMQ), is a brief and easy-to-use questionnaire, and has the ability to detect different types of non-adherence, being divided into three groups of questions nominated “regimen”, “belief” and “recall”. The effectiveness of the BMQ instrument was evaluated, applying it to a naïve group of patients started on ART in 2017, during the first six months of treatment, associating drug withdrawal and viral load. When evaluating the performance of the BMQ questionnaire associated with adherence by withdrawal at the pharmacy, 56.5% of the patients were classified as likely adherent, and 47.1% were actually adherent, taking into account the percentage of drug withdrawal. BMQ is important in monitoring the adherence of this group of patients, but it is necessary to associate it with other measures to be truly effective, since adherence to ART is a complex issue and is not only related to undesirable effects, but also to the difficulty of introducing the therapy into the individual and social life of the patient, and the magnitude of the representativeness of the drug in the life of the individual.

KEYWORDS: Adherence to treatment, Antiretroviral therapy, Self-report.

1 | INTRODUÇÃO

No Brasil, desde o início da epidemia (1980) até 31 de dezembro de 2016, foram notificados mais de 300.000 óbitos tendo o HIV/AIDS como causa básica (BRASIL, 2017a). A AIDS é uma doença que tem como agente etiológico o vírus HIV, sendo o estágio mais avançado da infecção, podendo levar de 2 a 15 anos para se desenvolver. O HIV é um retrovírus, pertencente à subfamília *Lentiviridae* que tem como alvo o sistema imunológico, possuindo um tropismo seletivo para certas células do sistema imune, mais especificamente, os linfócitos T CD4+, que são responsáveis pela coordenação de respostas imunes mediadas por células, combatendo infecções virais, parasitárias e fúngicas (MANAVI, 2006). O Brasil foi um dos primeiros países em desenvolvimento a garantir o livre acesso universal aos medicamentos da Terapia Antirretroviral (TARV), através do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio do Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS), que foi aprovado pela lei federal nº 9.313/96, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. A TARV foi disponibilizada aos portadores do vírus e pessoas em situações de risco, como acidentes ocupacionais, gestantes e recém-nascidos de mães contaminadas (DOURADO et al., 2006; GALVÃO, 2002).

Atualmente, existem 23 medicamentos, em 37 apresentações farmacêuticas disponíveis, distribuídos em cinco classes terapêuticas: Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos-Nucleotídeos (ITRN/ITRNT), Inibidores da

Transcriptase Reversa não Nucleosídeos (ITRNN), Inibidores de Protease (IP), Inibidores de Integrase (INI), e os Inibidores de fusão (BRASIL,2017b; SICLOM GERENCIAL, 2018). O acesso à TARV, a partir deste período, revolucionou o tratamento da infecção pelo HIV, permitindo a melhoria na qualidade de vida e um melhor prognóstico dos portadores do vírus elevando a sobrevida de pacientes soropositivos (KRAMER et al., 2009). Contudo, mesmo com uma grande disponibilidade de recursos terapêuticos, muitos pacientes não conseguem obter o sucesso no tratamento. Alguns autores atribuem essa falha de tratamento a uma adesão incorreta ou não adesão (DE LOURDES DRACHLER *et al.*, 2016; GARBIN *et al.*, 2017 PASCHOAL *et al.*, 2014; LEITE; VASCONCELLOS, 2003). A adesão é um processo dinâmico e multifatorial que abrange aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais e que requer decisões compartilhadas, sendo vista como uma corresponsabilidade do indivíduo e do serviço de saúde para que se tenha o objetivo alcançado: redução da carga viral e aumento dos níveis de linfócitos T CD4+ (BRASIL, 2017c; PINTO, 2018).

Os instrumentos de autorrelato em forma de questionários são comumente utilizados, dentre estes, o Brief Medication Questionnaire (BMQ), é um questionário breve e fácil de usar, e tem capacidade de detectar diferentes tipos de não adesão. Diante da falta de um recurso padronizado e específico para detectar a adesão ao tratamento para o HIV, o presente trabalho teve por objetivo avaliar a efetividade do BMQ no monitoramento da adesão à TARV, diante da real necessidade de testar ferramentas para estimar a adesão à terapia medicamentosa neste grupo de pacientes.

2 | MÉTODOS

Realizou-se um estudo observacional descritivo, longitudinal e prospectivo. A pesquisa foi realizada na Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM) localizado no Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). A população do estudo compreendeu pacientes HIV/AIDS que iniciaram o tratamento antirretroviral na UDM-HUCAM a partir do ano de 2017. Foram incluídos no estudo 85 pacientes que atendiam o critério de inclusão, ou seja, eram maiores de 18 anos, iniciantes em TARV a partir do ano de 2017 na UDM-HUCAM e que eram pacientes do HUCAM em regime ambulatorial. Foram estudadas as características sociodemográficas da população como: idade, sexo, cor, estado civil e grau de instrução; os valores de carga viral da população; o perfil de adesão à TARV com base na regularidade de retirada da medicação na UDM/HUCAM e o perfil de adesão obtido com a utilização da ferramenta BMQ. Para obtenção dos dados sociodemográficos realizaram-se entrevistas no início do tratamento.

Após seis meses do início do tratamento foi aplicado o instrumento de medição de adesão BMQ. O BMQ total é dividido em três domínios, sendo eles: Regime, Crenças e Recordação. Quando somados os scores dos três domínios obteve-se a seguinte classificação: aderentes, compreendendo todos os pacientes que não pontuaram em nenhum dos domínios; provável aderência, quando o paciente obtinha uma resposta positiva em um dos domínios; provável baixa aderência, caso tivesse resposta positiva em dois domínios distintos; baixa aderência quando todos os domínios pontuaram. Ao avaliar os domínios separadamente, pôde-se identificar as possíveis barreiras de não adesão ao tratamento. Quando o paciente pontuou em um dos campos do domínio regime, indicou-se potencial não adesão para este domínio. Ao pontuar nos domínios crenças e recordação, demonstrou-se rastreamento positivo para estas barreiras. Na análise dos dados dos pacientes utilizou-se o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM/Ministério da Saúde); do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (SISCEL/Ministério da Saúde); e o prontuário eletrônico dos pacientes do ambulatório de doenças infecciosas e parasitárias do HUCAM/UFES. Todo o acesso se deu por meio da UDM. Todos os pacientes inseridos na pesquisa aceitaram participar assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram avaliados os dados de cada paciente durante os primeiros seis meses de tratamento. A adesão foi medida através dos registros de retirada dos medicamentos na UDM/HUCAM no SICLOM logístico, sendo definida pela retirada regular de medicamentos na UDM/HUCAM, com base na sua última retirada registrada. A não adesão foi definida pela falta ou atraso do paciente em ir retirar o medicamento no período adequado, com base também na data de sua última dispensação registrada, o que caracterizou a ausência de medicação para seu tratamento.

Neste estudo, foram considerados aderentes àqueles que obtiveram 90% de regularidade ou mais na retirada da TARV em seis meses. Avaliou-se a carga viral a partir dos resultados dos exames clínicos laboratoriais extraídos do SISCEL. Para comprovação da eficácia farmacoterapêutica, o Ministério da Saúde determina que após seis meses de TARV, a carga viral seja indetectável. As variáveis foram organizadas e resumidas por métodos da estatística descritiva como: frequência, percentuais, mediana, média, desvio padrão. A associação entre variáveis de natureza categórica foi verificada por meio do teste Qui quadrado ou exato de Fisher (no caso de valores esperados menores do que 5). Na associação da variável quantitativa idade utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal –Wallis. Toda a análise foi realizada no programa estatístico SPSS VERSÃO 25 considerando o nível de significância de 5%.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra para o estudo consistiu em 85 pacientes que se enquadraram nos critérios de inclusão pré-determinados. Esses pacientes iniciaram a terapia em 2017 e desde então foram acompanhados na UDM/HUCAM para que fosse possível a coleta dos dados para o trabalho. Observou-se neste grupo de pacientes uma predominância quase três vezes maior de pacientes do sexo masculino em relação ao sexo feminino, e que mais de 40% dessas pessoas possuíam como nível de escolaridade o nível médio completo (Tabela 1). Essas características vão de encontro ao que foi descrito no boletim epidemiológico HIV/AIDS de 2017, que demonstra que até 30 de junho de 2017 aproximadamente 72% da população infectada em todo Brasil era composta por indivíduos do sexo masculino e que possuíam o ensino médio completo como nível de escolaridade. Além disso, os casos de HIV segundo a raça/ cor foram maiores entre aqueles que se declaram pardos, com 45,4% dos casos de notificação, valor muito próximo ao obtido do grupo deste estudo (43,5%).

Características	Contagem	%
Sexo		
Masculino	63	74,1
Feminino	22	25,9
Raça		
Branco	29	34,1
Preto	19	22,4
Pardo	37	43,5
Grau de Instrução		
Fundamental incompleto	24	28,2
Fundamental completo	5	5,9
Médio completo	39	45,9
Superior completo	15	17,6
Analfabeto	2	2,4
Estado Civil		
Solteiro	66	77,6
Casado/União estável	12	14,1
Divorciado	6	7,1
Viúvo	1	1,2
Idade		
18 a 25	23	27,1
26 a 35	26	30,6
36 a 50	28	32,9
Maior que 50	8	9,4
Idade (anos)	Mediana (Min - Máx)	Média (DP)
	34 (19 - 79)	35 (13)

Tabela 1 – Distribuição Avaliação sociodemográfica dos pacientes cadastrados na UDM/HUCAM (n=85).

O registro de retirada na farmácia tem sido o método mais utilizado para verificação de adesão à TARV em estudos no Brasil e se baseia na teoria que

os pacientes que buscam os medicamentos no tempo certo, estabelecidos pela prescrição médica, tendem a tomá-los de forma mais correta do que aqueles que atrasam ou até mesmo buscam o medicamento antes do prazo determinado (GARBIN, et al., 2017). Sendo assim, foi observado que entre os aderentes, 73,9% dos pacientes eram do sexo masculino e 26,1% do sexo feminino, enquanto entre os não aderentes esta percentagem foi 75% para o sexo masculino e 25% para o sexo feminino. De acordo com a raça, os que tiveram maior aderência foram os pacientes que se declararam pardos, com uma porcentagem de 42%. Aqueles que possuíam o ensino médio completo foram os que mais aderiram ao tratamento, representando 47,8%, e em relação ao estado civil, 75,4% dos aderentes afirmaram ser solteiros (Tabela 2). Quanto à faixa etária, o grupo com 36 a 50 anos foi o que apresentou maior porcentagem de adesão (33,3%). Demonstrou-se que a maioria dos prováveis aderentes foi do sexo masculino (41,2%), da cor parda (43,5%), 28,2% possuía ensino médio completo e 47,1% da população do estudo declarou-se solteira. Os indivíduos que possuíam em média 36 anos foram mais aderentes. Não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas e a adesão dos pacientes ($p > 0,05$), sugerindo então que essas variáveis não foram fatores que influenciaram diretamente na adesão de pacientes em uso de TARV no grupo em estudo. Existem trabalhos, como o de JACQUES *et al.* (2015) que também não encontraram associação estatística entre algumas variáveis sociodemográficas e o perfil de adesão da população estudada. Ao avaliar o desempenho do questionário BMQ total associado à adesão pela retirada da TARV (Tabela 3), constatou-se que 56,5% dos pacientes foram classificados como provável aderência pelo BMQ e 47,1% foram realmente aderentes levando em consideração a porcentagem de retirada de medicamentos.

Variáveis	Não aderente		Aderente		p
	Contagem	%	Contagem	%	
Sexo					
Masculino	12	75	51	73,9	1,00
Feminino	4	25	18	26,1	
Raça					
Branco	3	18,8	26	37,7	0,324
Preto	5	31,3	14	20,3	
Pardo	8	50	29	42	
Grau de Instrução					
Fundamental incompleto	7	43,8	17	24,6	0,318
Fundamental completo	1	6,3	4	5,8	
Médio completo	6	37,5	33	47,8	
Superior completo	1	6,3	14	20,3	
Analfabeto	1	6,3	1	1,4	
Estado Civil					

Solteiro	14	87,5	52	75,4	0,715
Casado/União estável	1	6,3	11	15,9	
Divorciado	1	6,3	5	7,2	
Viúvo	0	0	1	1,4	
Idade					
18 a 25	4	25	19	27,5	0,969
26 a 35	5	31,3	21	30,4	
36 a 50	5	31,3	23	33,3	
Maior que 50	2	12,5	6	8,7	

Tabela 2 - Características sociodemográficas dos pacientes associadas ao perfil de retirada dos medicamentos na UDM/HUCAM em seis meses de tratamento.

Testes utilizados: Qui quadrado ou exato de Fisher (no caso de valores esperados menores do que 5).

Oito pacientes foram classificados como aderentes pelo BMQ e apenas um deles não apresentou mais de 90% de regularidade de retirada da TARV na farmácia. Houve neste caso associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$), demonstrando que o BMQ foi eficaz na avaliação do perfil de adesão das PVHA em uso de antirretroviral (ARV) envolvidas neste estudo. Em estudos, o BMQ apresentou ainda vantagens em relação a outros questionários, por exemplo, o teste de Morisky-Green, em relação a sensibilidade e especificidade (BEN et al., 2012; ISTILLI, 2014). Foi observado também que apesar de 23 pacientes serem apontados como provável baixa aderência pelo questionário, 20 deles foram aderentes quando avaliada a retirada. Isto pode estar relacionado ao fato de que na análise do BMQ total, quando o paciente apresentava resposta positiva em mais de um domínio, era considerado provável baixa aderente. Entretanto, verificou-se no estudo que nem sempre uma resposta positiva em um domínio tem associação direta com a aderência expressa pela retirada. Apesar do BMQ ter se mostrado um instrumento eficaz quando associado ao perfil de retirada dos ARV, ao ser avaliado frente à outra variável utilizada para analisar a adesão, exames de carga viral, verificou-se que dos oito pacientes aos quais o BMQ classificou como aderentes, sete obtiveram a carga viral indetectável, e 47,5% que obtiveram valores não detectáveis de carga viral foram classificados como provável aderência segundo o BMQ (Tabela 4).

Adesão por retirada							
	Não aderente		Aderente				
BMQ Total	Contagem	% do total	Contagem	% do total	Total	%	p
Abandono	3	3,5	0	0,0	3	3,5	0,007
Aderente	1	1,2	7	8,2	8	9,4	
Baixa Aderência	1	1,2	2	2,4	3	3,5	
Provável Aderência	8	9,4	40	47,1	48	56,5	
Provável Baixa Aderência	3	3,5	20	23,5	23	27,1	
Total	16	18,8	69	81,2	85	100	

Tabela 3 - Desempenho do BMQ associado à adesão dos pacientes medida pela retirada TARV.

Testes utilizados: Qui quadrado ou exato de Fisher (no caso de valores esperados menores do que 5).

Carga Viral após 6 meses de tratamento							
	Não detectável		Detectável				
BMQ Total	Contagem	% do total	Contagem	% do total	Total	%	p
Abandono	1	1,3	0	0,0	1	1,3	0,770
Aderente	7	8,8	1	1,3	8	10,0	
Baixa Aderência	2	2,5	1	1,3	3	3,8	
Provável Aderência	38	47,5	8	10,0	46	57,5	
Provável Baixa Aderência	20	25,0	2	2,5	22	27,5	
Total	68	85,0	12	15,0	80	100,0	

Tabela 4 - Desempenho do BMQ associado à carga viral dos pacientes medida após seis meses de tratamento.

Testes utilizados: Qui quadrado ou exato de Fisher (no caso de valores esperados menores do que 5).

A associação do BMQ estratificado com o perfil de retirada e com os exames de carga viral teve como objetivo avaliar se o BMQ era capaz de identificar prováveis barreiras de adesão aos ARV pelos pacientes em estudo, utilizando duas ferramentas distintas para tal. Constatou-se que 70 pacientes obtiveram resposta positiva no domínio regime indicando potencial não adesão, destes, 58 foram aderentes avaliando o padrão de retirada. Em relação ao domínio crenças, a maioria dos que apresentaram barreira neste domínio foram considerados aderentes segundo a retirada da TARV. Adicionalmente, 62,2% não apresentaram nenhuma barreira e foram classificados como aderentes. A maioria dos pacientes negativos para barreira de recordação foram também considerados aderentes segundo o perfil de retirada (70,4%). Dentre os positivos neste domínio, apenas três pacientes foram não aderentes (Tabela 5). Não podemos afirmar que as barreiras de adesão propostas pelo BMQ estão associadas a maior ou menor adesão da população em uso de TARV deste estudo ($p > 0,05$). Em meados da década de 1990, o tratamento para o HIV passou da monoterapia para a associação de várias drogas, o chamado “coquetel” anti-HIV, neste período a terapêutica envolvia a tomada diária em média de 15 a

20 comprimidos. Desde então, os medicamentos antirretrovirais ficaram conhecidos simplesmente como “coquetel”. O que se observou na pesquisa, é que este apelido dado à terapia influencia até hoje na correta nomeação dos antirretrovirais por parte dos pacientes. Além disso, em relação aos pacientes estudados, apenas 7,05% faziam uso de três comprimidos ou mais, a maioria deles (88,23%) fazem uso da terapia convencional, que consiste em apenas dois comprimidos fazendo com que a TARV se iguale ou seja até mesmo inferior, em relação a número de comprimidos, a outros tratamentos para doenças crônicas prevalentes na população brasileira (TAVARES et al., 2016).

Adesão por retirada							
BMQ por Domínios	Não aderente		Aderente				
	Contagem	%	Contagem	%	Total	%	P
Regime							
Potencial adesão	1	1,2	11	13,4	12	14,6	0,680
Potencial não adesão	12	14,6	58	70,7	70	85,4	
Crença							
Positivo para barreiras de crenças	3	3,7	18	22,0	21	25,6	0,700
Negativo para barreiras de crenças	10	12,2	51	62,2	61	74,4	
Recordação							
Positivo para barreiras de recordação	2	2,5	11	13,6	13	16,0	1,000
Negativo para barreiras de recordação	11	13,6	57	70,4	68	84,0	

Tabela 5 - BMQ por domínios associado à adesão dos pacientes medida pela retirada da TARV.

Testes utilizados: Qui quadrado ou exato de Fisher (no caso de valores esperados menores do que 5).

Além do mais, dados da literatura indicam que a falta de associação pode ser explicada pelo fato de que cada doença ou tratamento têm suas barreiras específicas de adesão, e como o BMQ não foi desenvolvido com foco no HIV, pode ter sido incapaz de apontar barreiras para este tipo de tratamento em específico. Adicionalmente, os fatores que se relacionam com a falta de adesão não estão ligados somente ao medicamento, mas também com as características individuais de cada paciente e à doença em si (PINTO, 2018; TAVARES et al., 2013). Evidências da própria pesquisa também servem como hipótese para explicar tal fato, pois dados apontam que algumas respostas positivas obtidas nos domínios, apesar de já classificarem o paciente como provável aderência/ provável baixa aderência, podem não se correlacionar diretamente com o fato do paciente tomar ou não o medicamento corretamente. Isso é exemplificado quando 75,3% dos pacientes da pesquisa falharam em listar o nome dos medicamentos espontaneamente, porém afirmaram conseguir identificar os

medicamentos pela cor e formato dos comprimidos. Associando o BMQ por domínios com a carga viral dos pacientes após seis meses de tratamento, foi observado que 74,68% dos pacientes foram classificados como potencial adesão pelo BMQ e os resultados de carga viral foram indetectáveis. 63,3% foram negativos para barreira de crença e também foram não detectáveis. Quanto ao domínio recordação, a maior parte dos pacientes foi negativa para essas barreiras e também apresentaram carga viral desejável (Tabela 6).

Carga Viral após 6 meses de tratamento							
BMQ por Domínios	Não detectável		Detectável		Total	%	p
	Contagem	%	Contagem	%			
Regime							
Potencial adesão	8	10,1	2	2,5	10	12,7	0,752
Potencial não adesão	59	74,68	10	12,7	69	87,3	
Crença							
Positivo para barreiras de crenças	17	21,5	3	3,8	20	25,3	1,000
Negativo para barreiras de crenças	50	63,3	9	11,4	59	74,7	
Recordação							
Positivo para barreiras de recordação	8	10,3	3	3,8	11	14,1	0,360
Negativo para barreiras de recordação	58	74,4	9	11,5	67	85,9	

Tabela 6 - BMQ por domínios associado à carga viral dos pacientes medida após seis meses de tratamento.

Testes utilizados: Qui quadrado ou exato de Fisher (no caso de valores esperados menores do que 5).

Não foi possível estabelecer relação entre as barreiras propostas pelo BMQ e os níveis de carga viral dos pacientes. Os domínios do BMQ abordam somente as dificuldades dos pacientes em relação ao tratamento medicamentoso e não do seu controle laboratorial. É importante ressaltar que autores relataram que nenhum método utilizado de forma isolada é adequado para avaliar a adesão de uma amostra populacional, sendo necessária a utilização de dois ou mais instrumentos, já que cada método apresenta vantagens e desvantagens, e é preciso considerar aspectos logísticos, conceituais e empíricos para utilizá-los de acordo com diferentes contextos socioculturais e econômicos (CRAMER et al., 1989; OIGMAN, 2006; POLEJACK; SEIDL, 2010). O tamanho da população estudada foi uma das limitações encontradas no nosso estudo, assim como a dificuldade para realização de exames laboratoriais também foi outro fator limitante e, além disso, deve-se lembrar de que a medida da adesão em si já é uma limitação, pois não há, ainda, métodos descritos como

“padrão ouro” para tal.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DST/AIDS/HV): Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. **Boletim Epidemiológico 2017**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2017>>. Acesso em: 17 de maio de 2018a.

BRASIL: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv/tratamento-para-o-hiv>>. Acesso em: 17 de maio de 2018b.

BRASIL: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, 2017**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>>. Acesso em: 17 de maio de 2018c.

BEN, Angela Jornada; NEUMANN, Cristina Rolim; MENGUE, Sotero Serrate. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 279-289, 2012.

CRAMER, Joyce A. et al. How often is medication taken as prescribed?: a novel assessment technique. **Jama**, v. 261, n. 22, p. 3273-3277, 1989.

DE LOURDES DRACHLER, Maria et al. The scale of self-efficacy expectations of adherence to antiretroviral treatment: a tool for identifying risk for non-adherence to treatment for HIV. **PloS one**, v. 11, n. 2, p. e0147443, 2016.

DOURADO, Inês et al. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 9-17, 2006.

GALVÃO, Jane. Brazilian policy for the distribution and production of antiretroviral drugs: a privilege or a right?. **Cadernos de saude publica**, v. 18, n. 1, p. 213-219, 2002.

GARBIN, Cléa Adas Saliba; GATTO, Renata Colturato Joaquim; GARBIN, Artênio José Isper. Adesão à terapia antirretroviral em pacientes HIV soropositivos no Brasil: uma revisão da literatura. **Archives of Health Investigation**, v. 6, n. 2, 2017.

ISTILLI, Plínio Tadeu. **Adesão ao agente antidiabético oral de pessoas com Diabetes mellitus: uso do Brief Medication Questionnaire**. 2014. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

JACQUES, Iracema de Jesus Almeida Alves et al. Avaliação da Adesão à Terapia Antirretroviral entre Pacientes em Atendimento Ambulatorial. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 18, n. 4, p. 303-308, 2015.

KRAMER, Andréa Sebben et al. Alterações metabólicas, terapia antirretroviral e doença cardiovascular em idosos portadores de HIV. **Arquivos brasileiros de cardiologia. São Paulo. Vol. 93, n. 5 (nov. 2009), p. 561-568**, 2009.

LEITE, Silvana Nair; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p. 775-782, 2003.

MANAVI, Kaveh. A review on infection with human immunodeficiency virus. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 20, n. 6, p. 923-940, 2006.

OIGMAN, Wille. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev Bras Hipertens**, v. 13, n. 1, p. 30-4, 2006.

PASCHOAL, Eduardo Pereira et al. Adherence to antiretroviral therapy and its representations for people living with HIV/AIDS. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 32-40, 2014.

PINTO, Isaac; FIGUEIREDO, Alessandra. Fatores que Influenciam na Adesão e Não-Adesão ao Tratamento Antiretroviral por Pessoas Vivendo com HIV/AIDS: uma Revisão da Literatura Científica Produzida no Brasil entre 2010-2017. In: **Cuba Salud 2018**. 2018.

POLEJACK, Larissa; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1201-1208, 2010.

SICLOM GERENCIAL. Disponível em: < <http://azt.aids.gov.br/>>. Acesso em: 11 nov. 2018

TAVARES, Noemia Urruth Leão et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 50, n. suppl 2, p. -, 2016.

TAVARES, Noemia Urruth Leao et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p.1092-1101, 2013.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Adesão 67, 74, 75, 77, 78, 90, 91

Antirretroviral 68, 77

Avaliação 13, 14, 15, 42, 66, 71, 77, 90

B

Brasil 1, 22, 24, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 47, 55, 61, 63, 65, 66, 68, 71, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 87, 88, 89, 90, 91

Brief Medication Questionnaire 67, 68, 69, 77

C

Consumo 65, 66

D

Diabetes 29, 30, 77, 79, 80, 81, 82, 84, 85, 89, 90

E

Ensino superior 83

Estudos 18, 23, 42, 65, 80

F

Farmacêutico 92

Farmácia 2, 5, 1, 43, 79, 81, 82, 83, 88, 89, 90, 92

H

HIV 67, 68, 69, 70, 71, 74, 75, 77, 78

I

Infarto Agudo 53

Influença 19, 89

Insulina 24

M

Magnésio 43, 44, 45, 53

Metilfenidato 54, 60, 66

Miocárdio 53

O

Obesos 27

Osteoporose 53

P

Pacientes 21, 77

Perfil 83

Pesquisa e Desenvolvimento 41

R

Resistência 21, 22

S

Saúde Pública 42, 77, 78, 91

T

Terapia 67, 68, 77

Tratamento 78, 90, 91

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-509-9



9 788572 475099