

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Faculdade de Farmácia

Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso de Farmácia

**PRINCIPAIS FATORES PARA MODIFICAÇÃO DA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL
E INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA EM FARMÁCIA.**

Thaís Angelo Machado

Porto Alegre, Julho de 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Faculdade de Farmácia

Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso de Farmácia

**PRINCIPAIS FATORES PARA MODIFICAÇÃO DA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL
E INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA EM FARMÁCIA.**

Trabalho apresentado como requisito parcial para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Thaís Angelo Machado

Professora orientadora: Tania Alves Amador

Co-orientadora: Simone Caminha Fogaça

Porto Alegre, Julho de 2017.

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho foi elaborado na forma de artigo científico de acordo com as normas da revista “Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde” (RBFHSS), conforme anexo I, na qualidade de “Artigo Original”. Para a versão do TCC, as tabelas foram inseridas logo após o texto, para melhor leitura e compreensão.

Principais fatores para modificação da terapia antirretroviral e intervenção farmacêutica em farmácia.

Main factors for the modification of antiretroviral therapy and pharmaceutical intervention in pharmacy.

Principales factores para la modificación de la terapia antirretroviral e intervención farmacéutica en farmacia.

Thaís Angelo Machado¹, Simone Caminha Fogaça², Tania Alves Amador³.

¹Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil.

²Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil.

³Departamento de Produção e Controle de Medicamentos. Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil.

Autor correspondente:

Prof. Dra. Tania Alves Amador

tania.alves@ufrgs.br

Departamento de Produção e Controle de Medicamentos. Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Avenida Ipiranga, 2752. 90610-000, Porto Alegre, RS, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Identificar os principais fatores para modificação de terapia antirretroviral (TARV), assim como, comparar adesão de medicamentos pré e pós-troca da TARV em pacientes que receberam a intervenção farmacêutica. **Métodos:** Realizou-se um estudo de caso controle, por meio da análise de formulários, prontuários e dispensação de ARV pelo SICLOM, de pacientes em modificação de TARV, no período de outubro de 2016 a maio de 2017 na Farmácia de programas especiais no HCPA. Os dados foram analisados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). **Resultados:** 37 pacientes foram considerados aptos para o estudo, destes 51,3% (n=19) eram mulheres e 48,6% (n=18) homens, com faixa etária igual ou superior a 50 anos 48,6% (n=18). O estudo incluiu treze esquemas terapêuticos iniciais distintos, sendo o mais modificado o que continha os medicamentos AZT+3TC+EFZ (n=12). Logo, na análise de TARV final, se obteve dezesseis esquemas diferentes, destes destaca-se a terapia com o comprimido único TDF+3TC+EFZ com nove trocas. A facilidade posológica foi o motivo mais relevante para modificação de TARV totalizando seis trocas do esquema ARV inicial. A intervenção farmacêutica foi realizada em 32% (n=12) dos pacientes, destes apenas sete compareceram a segunda consulta e 75% (n=9) mostraram-se aderentes à terapia inicial e 66% (n=8) aderentes na terapia final. **Conclusão:** A dificuldade de administração de um número grande de medicamentos diminui a adesão ao tratamento e é fator determinante nas mudanças da TARV inicial para uma de maior comodidade posológica relacionada a terapia com TDF+3TC+EFZ. Não houve diferença significativa na adesão após a intervenção farmacêutica.

Palavras-chaves: Antirretroviral, modificação terapia antirretroviral, HIV, adesão.

ABSTRACT

Objective: To identify the main factors for the modification of the antiretroviral therapy (ART), as well as to compare pre and post-exchange ART adherence in patients who received the pharmaceutical intervention. **Methods:** A case control study was carried out, throughout the analysis of forms, medical records and ARV dispensing by SICLOM, of patients undergoing ART modification from October 2016 to May 2017 in the Special Programs Pharmacy at HCPA. The data were analyzed in the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) program. **Results:** 37 patients were considered fit for the study, of these, 51.3% (n=19) were women and 48.6% (n=18) men, with a predominant age group of 50 years or more, 48.6% (n=18). The study included thirteen different initial therapeutic regimens, the most modified being the medicines AZT+3TC+EFZ (n=12). Therefore, in the analysis of the final ART, sixteen different schemes were obtained, of which the therapy with the single TDF+3TC+EFZ tablet with nine exchanges stand out. Being, the dosage facility the most relevant reason for ART modification, totalizing six changes from the initial ARV regimen. The pharmaceutical intervention was performed in 32% (n=12) of the patients, of whom only 7 attended the second visit and 75% (n=9) were adherent to the initial therapy and 66% (n=8) adherents in the final therapy. **Conclusion:** The difficulty of administrating many medicines decreases the treatment adherence and is a key factor in the modification of initial ART to a more convenient dosage related therapy with TDF+3TC+EFZ. There was no significant difference in the adherence after the pharmaceutical intervention.

Keywords: Antiretroviral therapy, modification of antiretroviral therapy, HIV, adherence.

RESUMEN

Objetivo: Identificar los principales factores para la modificación de la terapia antirretroviral, así como, comparar la adhesión de medicamentos pre y post-cambio de la TARV en pacientes que recibieron la intervención farmacéutica. **Métodos:** Se realizó un estudio de caso control, a través del análisis de formularios, prontuarios y dispensación de ARV por el SICLOM, de pacientes en modificación de terapia antirretroviral en el período de octubre de 2016 a mayo de 2017 en la Farmacia de programas especiales en el HCPA. Los datos fueron analizados en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). **Resultados:** 37 pacientes fueron considerados aptos para el estudio, de estos 51,3% (n=19) eran mujeres y 48,6% (n=18) hombres, con rango de edad predominante igual o superior a 50 años 48,6 (n=18). El estudio incluyó trece esquemas terapéuticos iniciales distintos, siendo el más modificado el que contenía los medicamentos AZT+3TC+EFZ (n=12). En el análisis de terapia antirretroviral final, se obtuvieron dieciséis esquemas diferentes, de éstos se destaca la terapia con el comprimido único TDF+3TC+EFZ con nueve intercambios. Siendo, la facilidad posológica el motivo más relevante para la modificación de TARV totalizando seis cambios del esquema ARV inicial. La intervención farmacéutica se realizó en un 32% (n=12) de los pacientes, de los que sólo 7 asistieron a la segunda consulta y el 75% (n=9) se mostró adherido a la terapia inicial y el 66% (n=8) adherentes en la terapia final. **Conclusión:** La dificultad de administración un gran número de medicamentos disminuye la adhesión al tratamiento y es un factor determinante en los cambios de la TARV inicial para una de mayor comodidad posológica relacionada con la terapia con TDF+3TC+EFZ. No hubo diferencia significativa en la adhesión después de la intervención farmacéutica.

Palabras claves: Antirretroviral, modificación terapia antirretroviral, VIH, adhesión.

INTRODUÇÃO

No Brasil, desde o início da epidemia, foram registrados 842.710 casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) até junho de 2016. O estado do Rio Grande do Sul (RS) apresentou uma das maiores taxas de detecção de AIDS, cerca de 34,7 casos/100mil habitantes em 2015. Sendo que, no mesmo ano, Porto Alegre teve uma taxa de 74,0 casos/100mil habitantes, correspondendo ao dobro da taxa do RS e quase quatro vezes a taxa do Brasil¹.

A política de fornecimento de medicamentos aos portadores do vírus da AIDS tem grande sucesso no Brasil e vários programas foram implantados para acompanhar o uso dos antirretrovirais (ARV). Após o início do tratamento e os esquemas terapêuticos definidos em protocolo, pode haver necessidade de mudanças nos esquemas terapêuticos previamente definidos. A intolerância, má adesão ao tratamento, esquemas ARV inadequados e vírus resistentes, são alguns dos motivos para troca de esquema terapêutico. A falha ou o sucesso terapêutico, após o início do tratamento com ARV, dependem de três principais aspectos: evolução da carga viral, da contagem de linfócitos TCD4+ e de acontecimentos de episódios clínicos².

Devido à diversidade das características da população, não existe uma conformidade sobre uma terapia prioritária^{2, 3}. Assim, cada modificação de terapia deve ser individualizada e avaliada com base nos sinais clínicos de cada paciente.

Os esquemas de terapia antirretroviral são complicados e, por serem complexos, resultam em dificuldades de adesão ao tratamento⁴. Estudos

demonstram que a diminuição da replicação viral e o sucesso terapêutico, dependem da utilização de no mínimo 95% das doses indicadas da TARV^{5, 6}.

O farmacêutico pode ter um papel importante no bom andamento da terapia dos pacientes em uso de TARV⁷, a orientação e o acompanhamento do tratamento pelo profissional farmacêutico pode auxiliar na terapia, reduzindo assim a má adesão, evitando a interrupção do tratamento, e melhorando a qualidade de vida do paciente⁸. A orientação realizada pelo farmacêutico ao paciente, referente à terapia medicamentosa em uso, instiga o usuário da TARV a conhecer melhor seu tratamento, estimulando o uso correto e aumentando a adesão e a efetividade da terapia⁹. As intervenções farmacêuticas quando realizadas de maneira individual podem ser mais eficazes e aumentar a adesão à terapia bem como melhorar os parâmetros clínicos, como contagem de linfócitos e carga viral¹⁰.

Desta forma, o presente estudo teve por objetivo geral conhecer o perfil dos pacientes em uso de antirretrovirais atendidos em uma farmácia ambulatorial em Porto Alegre, identificando os principais motivos para modificação de TARV e avaliar a adesão pré e pós-troca da TARV naqueles que receberam a intervenção farmacêutica.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso controle, que comparou a adesão de pacientes em uso de antirretrovirais, antes e depois da troca da terapia medicamentosa e da intervenção farmacêutica. A pesquisa foi realizada na Farmácia de Programas Especiais (FAPE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) no período de outubro de 2016 a maio de 2017. A FAPE é responsável pela dispensação dos medicamentos ARV, na qual os pacientes devem retirá-los mensalmente e esta retirada fica registrada no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos - Ministério da Saúde (SICLOM/MS).

A população do estudo foi composta por pacientes do HCPA cadastrados no programa nacional de DST e AIDS, com histórico de modificação da terapia antirretroviral (TARV). Assim, foram incluídos no estudo pessoas maiores de 18 anos, HIV positivas, que foram identificadas com modificação na terapia antirretroviral, que retiravam medicamentos ARV na FAPE, usuários do sistema público de saúde que realizavam consultas e exames no HCPA. Foram excluídos do estudo: gestantes, pessoas internadas e pessoas que evoluíram a óbito durante o estudo.

A coleta de dados referente à modificação da terapia antirretroviral foi realizada no período de outubro a novembro de 2016. As consultas farmacêuticas no período de outubro a dezembro de 2016.

A avaliação da adesão foi obtida por uma pesquisa no SICLOM/MS, no período de seis meses antes da mudança de terapia e seis meses após a troca de terapia, conforme os critérios descritos a seguir.

A partir do formulário físico do paciente era identificada a solicitação de modificação de terapia por um funcionário da farmácia. A partir deste momento o estudo foi dividido em três etapas.

Primeira etapa: identificava-se o paciente com modificação de TARV, este era encaminhado para a primeira consulta com a farmacêutica, em sala reservada e condições adequadas. Os pacientes realizavam uma consulta mensal pelo período de dois meses.

Nesta consulta inicial a farmacêutica analisava previamente o prontuário eletrônico do paciente, observando os aspectos clínicos para avaliar o real motivo que ocasionou a modificação da terapia. Após, era verificado o padrão de retiradas mensais dos ARV pelo SICLOM/MS, para averiguar a adesão deste paciente aos tratamentos anteriores. Posteriormente a farmacêutica realizava a orientação de forma oral ao paciente, explicando sobre a nova terapia antirretroviral e os motivos que levaram à mudança da terapia. Nesta ocasião ocorria a entrega e a explicação do instrumento de auxílio à auto administração do medicamento (anexo 2) aos pacientes que necessitavam deste auxílio. Ao final da consulta realizava-se o agendamento da próxima consulta acordada entre paciente e farmacêutica. Os dados desta consulta eram registrados no prontuário eletrônico do paciente.

Segunda etapa: No mês seguinte deveria ocorrer a segunda consulta farmacêutica, com o objetivo de avaliar a adaptação do paciente após um mês da troca da terapia. A farmacêutica observava os relatos dos pacientes e registrava o resultado no prontuário eletrônico e, se necessário, encaminhava sugestões de intervenções a serem realizadas pelo médico. Entretanto, não foi

constatada a necessidade de nenhuma intervenção médica nos pacientes avaliados.

Terceira etapa: as retiradas dos ARV foram acompanhadas mensalmente por meio dos relatórios SICLOM/MS. Após primeira data de dispensação do novo esquema da TARV iniciava-se o acompanhamento pelo sistema de retiradas, e permitia-se um atraso máximo de sete dias entre as retiradas mensais pelo SICLOM/MS por seis meses^{11, 12}.

Para classificar a adesão, foram selecionados os pacientes que foram atendidos pela farmacêutica e usou-se um indicador binário para cada um deles com valores de “0” e “1”. Quando o paciente não retirava o medicamento na data agendada, era atribuído o valor “0” e “1” quando ele retirava o medicamento na data agendada. Ao término de seis meses, obteve-se um valor que variou de 0 a 6, obtido pela soma do indicador binário de cada mês avaliado. A partir disso, os pacientes foram divididos em grupos: Aderentes (pacientes que alcançaram índice ≥ 5) e Não aderentes (pacientes que alcançaram índice < 5)¹¹.

Após estas etapas, os dados foram compilados em questionário próprio, a partir dos dados registrados no prontuário eletrônico e físico do paciente, no sistema AGH (Aplicativo de Gestão Hospitalar) e SICLOM/MS. Foram coletadas variáveis sociodemográficas como sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade, hábitos de saúde. Como variáveis relacionadas ao controle da doença foram registrados os valores de carga viral e linfócitos T CD4, retirada de medicamentos pré e pós-troca da TARV dos pacientes que receberam a intervenção farmacêutica.

Os dados foram inicialmente armazenados em planilhas de Excel e posteriormente analisados com estatística descritiva pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 18) e apresentados em tabelas comparativas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Porto Alegre, RS), CAAE:19936413.0.0000.5327.

RESULTADOS

De um total de 65 casos elegíveis, foram excluídos do estudo 28 pacientes, sendo estes, pacientes que não consultavam no HCPA (n=13), pacientes internados (n=5), gestantes (n=3), menores de 18 anos (n=5) e os que evoluíram para óbito (n=2). Portanto, o estudo foi conduzido com 37 pacientes.

Para obtenção do perfil da população em estudo, foi realizada análise das variáveis sociodemográficas e clínicas, descritas na tabela 1. Verificou-se que dos 37 pacientes aptos ao estudo, 51,3% (n=19) eram mulheres. A faixa etária de idade predominante foi igual ou superior a 50 anos 48,6% (n=18) e entre a característica étnica 72,9% (n=27) eram autodeclarados brancos. O percentual de pacientes solteiros e com o 1º grau incompleto, respectivamente, foi de 70,2% (n=26) e 32,4% (n=12). Muitos prontuários eletrônicos não apresentaram informações sobre os hábitos dos pacientes 62,1% (n=23). Em relação às características clínicas, observa-se que 75,6% (n=28) dos pacientes apresentaram carga viral não detectável menor de 50 Cópias/mL e 54% (n=20) apresentaram a contagem de linfócitos TCD4 > 500 Células/ mm³.

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes HIV positivos, antes da troca de terapia atendidos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (n=37).

Variáveis	F	%
SEXO		
Feminino	18	48,6
Masculino	19	51,3
IDADE		
< 25	1	2,7
25-34	5	13,5
35-49	13	35,1
50 e +	18	48,6
ETNIA		
Branços	27	72,9
Negros	6	16,2
Pardos	3	<1
ESTADO CIVIL		
Casado	7	18,9
Solteiro	26	70,2
Viúvo	2	5,4
Divorciado	2	5,4
ESCOLARIDADE		
Analfabeto	0	0
1º Grau incompleto	12	32,4
1º Grau completo	6	16,2
2º Grau incompleto	3	8,1
2º Grau completo	8	21,6
Ensino Superior Incompleto	2	5,4
Ensino Superior completo	2	5,4
Não informado	4	10,8
HABITOS		
Fumantes	12	32,4
Alcoolistas	2	5,4
Não Informado	23	62,1
Indicadores laboratoriais		
Carga viral Cópias/MI		
<50	28	75,6
51 a 1000	8	21,6
>1000	1	2,7
L TCD4- células/mm³		
>500	20	54,0
201 a 500	13	35,1
<200	4	10,8

F= frequência de acontecimentos

O estudo compreendeu treze esquemas terapêuticos iniciais distintos, dos quais o esquema primário mais modificado foi o que continha os medicamentos zidovudina+lamivudina+efavirenz (AZT+3TC+EFZ), totalizando doze trocas. Na análise de terapia antirretroviral final, obtiveram-se dezesseis esquemas diferentes. Destes destaca-se a terapia com comprimido único TDF+3TC+EFZ (associação entre tenofovir+lamivudina+efavirenz) esquema foi trocado nove vezes. Acompanhado por duas modificações pelo esquema TDF+3TC+ATV+RTV (associação entre tenofovir+lamivudina+atazanavir+ritonavir), e modificado uma única vez pelo tratamento ATV+RTV+3TC+EFZ.

Contabilizando todas as trocas dos pacientes, tem-se um valor máximo de trinta e oito modificações no período de dois meses. Sendo que dos 37 pacientes, uma única pessoa teve de modificar a terapia final uma segunda vez durante o primeiro mês do novo tratamento, o que contabilizou 38 trocas ao final do estudo. A tabela 2 apresenta o perfil de todas as trocas de terapias durante o andamento do estudo.

Tabela 2. Mudanças no esquema terapêutico de pacientes em uso de ARV atendidos em farmácia ambulatorial em Porto Alegre. 2016.

Esquemas terapêuticos		TARV Final																Total
		AZT+ 3TC+ ATV	AZT+ 3TC+ EFZ	AZT+ 3TC+ LPV/r	AZT+ 3TC+ NVP	AZT+ 3TC+ ATV+ RTV	AZT+ 3TC+ FPV+ RTV	TDF+ 3TC+ EFZ	3TC+ TDF + LPV/r	3TC+ TDF+ NVP	3TC+ TDF+ ATV+ RTV	3TC+ TDF + RTV+ FPV	3TC+ TDF + ATV+ RTV+ RAL	ABC+ EFZ+ 3TC	ABC+ 3TC+ LPV/r	ATV+ RTV+ 3TC+ EFZ	ATV+ 3TC+ EFZ+ TDF+ RTV	
TARV Inicial	AZT+3TC+EFZ	-	-	-	-	-	-	9	-	-	2	-	-	-	-	1	-	12
	AZT+3TC+ATV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
	AZT+3TC+ LPV/r	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	AZT+3TC+ NVP	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
	TDF+3TC+EFZ	1	1	-	-	1	-	-	-	-	3	-	-	2	-	-	-	8
	TDF+3TC + NVP	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	ABC+ 3TC+ EFZ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
	ABC + 3TC+ LPV/r	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	AZT+3TC+ ATV+ RTV	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	EFZ+ ATV+ RTV	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	3TC+TDF + ATV+ RTV	-	-	-	-	2	1	-	2	-	-	1	1	-	-	-	-	7
	TDF+3TC+EFZ+ ATV+ RTV	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
3TC+TDF + LPV/r	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	
Total	1	2	3	1	3	2	10	2	1	6	1	1	2	1	1	1	38	

3TC = lamivudina; AZT= zidovudina; ABC = abacavir; ATV = atazanavir; EFV = efavirenz; FPV = fosamprenavir; LPV/r= lopinavir+ ritonavir; NVP = nevirapina; RAL = raltegravir; RTV = ritonavir; TDF=tenofovir.

As motivações para troca de terapia ARV inicial estão descritas na tabela 3. Foram identificados, treze esquemas terapêuticos iniciais e descritos dez motivos distintos para modificação da terapia.

O esquema inicial AZT+3TC+EFZ, foi o que apresentou maior ocorrência nas modificações da terapia (n=12). Os motivos de substituição foram: comodidade posológica (n=6), melhora do perfil metabólico (n=4), reação adversa à medicamentos (n=2), (aftas e diarreia).

Tabela 3. Motivação para a mudança de terapia dos pacientes em uso de ARV em farmácia ambulatorial. Porto Alegre, 2016.

Esquema terapêutico		Motivo										Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
TARV Inicial	AZT+3TC+EFZ	6	-	4	-	-	-	-	2	-	-	12
	AZT+3TC+ ATV	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	AZT+3TC+ LPV/r	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
	AZT+3TC+ NVP	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
	TDF+3TC+EFZ	-	-	-	-	2	1	-	4	1	-	8
	3TC+TDF+ NVP	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
	ABC+ 3TC+ EFZ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
	ABC+ 3TC+ LPV/r	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
	AZT+3TC+ ATV+ RTV	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
	EFZ+ ATV+ RTV	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	3TC+TDF+ ATV+ RTV	-	3	-	-	-	-	1	2	1	-	7
	TDF+3TC+EFZ+ ATV+ RTV	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
	3TC+TDF + LPV/r		1	1								2
Total		7	6	6	1	2	2	1	10	2	1	38

1= facilidade posológica; 2= Problemas renais; 3= Melhor perfil metabólico; 4= Anemia; 5= Osteoporose; 6= Falha virológica/terapêutica; 7= Adesão; 8= RAM: Tonturas, diarreia, depressão, aftas, dislipidemia, icterícia, alergia, hemorroidas; 9= Genotipagem; 10= interação com medicamentos para Hepatite.

A intervenção farmacêutica foi realizada em doze pacientes, o que corresponde a 32% da população total do estudo. Entre os pacientes atendidos na consulta farmacêutica 75% (n=9) mostrou-se aderente à terapia inicial. Após a modificação do esquema terapêutico, obteve-se 67% (n=8) de pacientes aderentes. Destes doze pacientes submetidos à primeira consulta farmacêutica, apenas sete compareceram a segunda consulta.

DISCUSSÃO

O boletim epidemiológico HIV/AIDS do período 2015, mostra que a região sul, apresenta, em relação ao sexo dos pacientes, uma razão maior de mulheres que homens, nos casos notificados de AIDS comparado ao Brasil. Segundo o boletim, a faixa etária mais predominante de casos de AIDS encontrava-se entre 25 a 39 anos¹. Neste estudo não foi observada essa diferença, o número de pacientes em troca de terapia antirretroviral se mostrou homogêneo, tanto em mulheres quanto homens, incluindo um número muito semelhante em ambos os sexos. E a faixa etária de maior concentração de pacientes foi entre 35 e acima de 50 anos, que pode ter relação com o fato de serem somente os pacientes que estavam trocando de terapia.

Como esperado, o esquema inicial mais utilizado compreendeu a TARV que continha os medicamentos AZT+3TC+EFZ. Destes, dois são da classe ITRN (inibidor da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos) e um ITRNN (inibidor da transcriptase reversa não análogo de nucleosídeo), estando em concordância com o protocolo clínico e com estudos que demonstram este esquema como o tratamento inicial mais utilizado^{13, 14}. O protocolo clínico de HIV em 2015 recomenda o uso de 2 ITRN+ 1 ITRNN, conforme o descrito como esquema inicial neste estudo. Entretanto, indica a utilização da terapia com associação de TDF+3TC+EFZ em um comprimido único como terapia principal, substituindo o AZT por TDF¹³.

O esquema final mais frequente no estudo foi composto por comprimido único que contém a associação dos medicamentos TDF+3TC+EFZ, que seguem a recomendação da combinação das classes 2 ITRN+ 1 ITRNN, e teve

o intuito de obter uma facilidade posológica para cada paciente, seguido de uma procura por um melhor perfil metabólico e evitar possíveis sintomas de reação adversa à medicamentos, como aftas e diarreia.

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos aconselha a utilização da terapia de primeira linha, utilizando o esquema 3TC+TDF+EFZ na apresentação de comprimido único. A diretriz demonstra que a associação de 3TC+TDF apresenta um perfil favorável para melhora do perfil metabólico¹³, comparado ao esquema inicial que estava sendo utilizado nos pacientes deste estudo que continha 3TC+AZT, sendo o uso prolongado de AZT o responsável pelo déficit no perfil metabólico.

O regime final mais encontrado neste estudo encontra-se de acordo com as recomendações preconizadas, pois, atualmente o esquema preferencial de terapia antirretroviral de primeira linha, recomendado pela OMS, inclui 3TC+TDF+EFZ, em um único comprimido¹⁵. Essa dose única diária permite as pessoas com HIV muitas vantagens, entre as quais pode-se destacar a melhora na adesão ao tratamento antirretroviral e a facilidade posológica de apenas um comprimido para ingestão¹⁶.

O AZT (ITRN) é um medicamento de primeira linha, mas apesar de ser bem tolerado pelos usuários, ele está relacionado a efeitos indesejados como anemia grave e complicações metabólicas. Segundo TSANG et. al., há ocorrência da associação de diversas manifestações orais, sendo a ulceração aftosa mais prevalente entre pacientes chineses, portadores de HIV, que utilizam o medicamento AZT¹⁷. A recomendação da OMS é a substituição do medicamento AZT pelo medicamento TDF, em pacientes que se mostram

intolerantes à zidovudina, por algum motivo. O TDF é da mesma classe do AZT, sendo um ITRN, e está incluído atualmente como o medicamento de primeira linha de preferência, por apresentar uma eficácia, perfil de segurança e por ser muito bem tolerado¹⁸.

Existem evidências em diferentes tipos de células humanas em que o TDF comparado aos outros ITRNs apresenta um potencial de toxicidade mitocondrial baixo¹⁹, ou seja, há indícios que o agravamento do perfil metabólico é pequeno. Não encontramos estudos relacionando a presença de diarreia em pessoas que utilizam o AZT. Sendo assim foi analisado o prontuário eletrônico do paciente que apresentou a RAM e constatou-se que a troca foi realizada com o objetivo de excluir que o AZT era o responsável pelo aparecimento do sintoma, entretanto, após a substituição da terapia o paciente continuou apresentando a RAM. No presente estudo, constatou-se a troca da terapia inicial com AZT, por diversos motivos como a melhora posológica, perfil metabólico, RAM exemplificado por aftas, foi substituída corretamente pelo medicamento TDF, em conformidade com os estudos científicos que demonstram que AZT pode induzir todas essas manifestações clínicas.

Em relação à adesão sabe-se que não é um fator facilmente medido, praticamente todos os métodos conhecidos apresentam limitação, ou seja, nenhum método disponível para avaliação desta é suficiente para um resultado exato²⁰. Neste trabalho utilizou-se o método baseado na consulta do sistema SICLOM/MS onde constam as retiradas mensais dos antirretrovirais de cada paciente. Este é um método rápido e fácil para avaliar a adesão à TARV e que pode auxiliar o farmacêutico e o médico na consulta. Porém, estudos apontam

que esse método superestima a avaliação da adesão em um grau com intensidade pouco elevada⁴.

Esta pesquisa analisou somente a adesão de pacientes que fizeram a consulta com a farmacêutica para verificar se havia diferença entre a adesão ao primeiro esquema de tratamento e o substituto. Todavia, a nossa pesquisa apresentou uma série de limitações para acessar o paciente em troca de terapia e para uma segunda consulta. O fluxo de trabalho no qual a identificação do paciente nesta situação, o grande número de pacientes atendidos em geral na farmácia e o número reduzido de farmacêuticas para realizar o atendimento, os horários em que os pacientes procuravam a farmácia, o não comparecimento à consulta agendada, entre outros foram fatores que contribuíram para que dos 37 pacientes analisados, somente 12 tenham participado das etapas planejadas no estudo.

Entre os pacientes que aderiram à consulta, não foram observadas mudanças no perfil de adesão dos pacientes, considerando somente as retiradas. Houve também um paciente, aderente antes da substituição do esquema, que foi considerado não aderente após troca de esquema. Este paciente deveria ter obtido um índice maior ou igual a cinco no padrão de retiradas, considerando que seis retiradas era o máximo para ser considerado aderente, no entanto, ele obteve um padrão de retiradas que indicou um índice igual a três, considerando assim o paciente como não aderente.

Também foi possível observar, a partir da análise dos prontuários eletrônicos dos pacientes não aderentes, que são indivíduos com dificuldades em manter o tratamento e já trocaram diversas vezes as TARVs, desde o

diagnóstico. A identificação dos pacientes não aderentes é essencial para que o farmacêutico acompanhe estas pessoas e auxilie na tentativa de melhorar a adesão.

Esta forma de aferir a adesão também pode ser considerada uma limitação do estudo, pois não se pode afirmar que os medicamentos foram realmente administrados. O mais recomendado é que se utilize mais de um método para melhorar a aferição da adesão. Identificar os pacientes que não aderem às terapias é de extrema importância para que se possa utilizar métodos e ferramentas adequadas para auxiliar na adesão e conseqüentemente no sucesso, na eficácia do tratamento e na melhoria da qualidade de vida²¹.

Pela dificuldade de adesão ao esquema terapêutico, o farmacêutico pode ter um papel importante no auxílio ao paciente. Sendo assim, a intervenção farmacêutica é um instrumento que possibilita melhorar a adesão da TARV e conseqüentemente o estado clínico do paciente^{7, 21}. Segundo Molino e colaboradores, o farmacêutico executa uma função educadora de extrema importância, sendo ele, o profissional responsável por identificar e prevenir os problemas relacionados aos medicamentos (PRMs) e promover a orientação adequada em relação às terapias utilizadas pelo paciente, melhorando a qualidade de vida destes²². Entretanto, para que o farmacêutico possa cumprir esse papel são necessárias condições logísticas como espaço adequado para a consulta, um processo de trabalho que incorpore à consulta na rotina para que os pacientes possam ser identificados no momento certo, conduzidos à consulta e, no caso de ausência às consultas, tentar uma busca

ativa do paciente, identificando quais os reais fatores que implicam no abandono do tratamento.

CONCLUSÃO

Pelo presente pode-se concluir que a mudança nos esquemas da TARV, neste estudo de caso controle, ocorreu principalmente para facilitar a adesão no que diz respeito à comodidade posológica ao paciente e que o esquema que mais sofreu alteração foi o que envolvia AZT+3TC+EFZ. Contudo, o conjunto de reações adversas, também teve uma participação importante na motivação para a troca de terapia.

A aferição de adesão somente foi possível em um número baixo de pacientes e não houve diferença entre a medida de adesão pela retirada dos medicamentos antes e após a troca de terapia.

Por fim, sugere-se que para realizar o acompanhamento de pacientes em uso de ARV é necessário rever o processo de trabalho relacionado ao cuidado com esses pacientes e uma logística específica para resgatar pacientes não aderentes.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores não declaram ter conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico - HIV / AIDS: até semana 26ª, 2016: 5(1). Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59291/boletim_2016_1_pdf_16375.pdf Acessado em 03/04/2017 às 21h45.
2. Ministério da saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Programa nacional de DST e Aids. Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos Infectados pelo HIV 2008. 7ª ed. Brasília. 2008. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/consensoAdulto005c_2008montado.pdf Acessado em 08/09 às 20h27
3. Lima DGL, Arruda EAG, Lima AJA, *Et al* . Fatores determinantes para modificações da terapia antirretroviral Inicial. *Rev Assoc Med Bras*, 2012, 58(2):222-228.
4. Brito AM, Szwarcwald CL, Castilho EA. Fatores associados à interrupção de tratamento anti-retroviral em adultos com AIDS, Brasil, 1999-2002. *Rev Assoc Med Bras*, 2006, 52(2): 86-92.
5. Paterson DL, Swindells S, Mohr J, *et al*. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med*. 2000, 133 (1): 21-30.
6. Maggiolo F, Ravasio L, Ripamonti D, *et al*. Similar adherence rates favor different virologic outcomes for patients treated with nonnucleoside analogues or protease inhibitors. *Clin Infect Dis*, 2005, 40 (1): 158-163.
7. Saberi P, Dong BJ, Johnson MO, *et al*. The impact of HIV clinical pharmacists on HIV treatment outcomes: a systematic review. *Patient preference and adherence*, 2012, 6: 297-322.
8. Rodrigues JPV, Ayres LR, Filipin MDV, *et al*. Impacto do atendimento farmacêutico individualizado na resposta terapêutica ao tratamento antirretroviral de pacientes HIV positivos. *Journal of Applied Pharmaceutical Sciences* ,2015, 2(1):18-28.
9. Moriel P, Carnevale RC, Costa CGR, *et al*. Efeitos das intervenções farmacêuticas em pacientes HIV positivos: influência nos problemas farmacoterapêuticos, parâmetros clínicos e economia. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*, 2011, 2(3): 5-10.
10. Arroyo MJH, Figueroa SEC, Correa RS, *et al*. Impact of a pharmaceutical care program on clinical evolution and antiretroviral treatment adherence: a 5-year study. *Patient Preference and Adherence*, 2013, 7: 729-739.
11. Silva JAG, Dourado I, Brito AM, *et al*. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, *Brasil.Cad. Saúde Pública*, 2015, 31(6): 1188- 1198.
12. Prado CG, Podestá MHCM, Souza LPT, *et al*. Acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes HIV positivos em uma unidade de dispensação de medicamentos antirretrovirais. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 2016,14(2): 562-576.
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em adultos. Brasília – DF. 2013, atualizado em 2015. http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolofinal_31_7_2015_pdf_31327.pdf Acessado em 02/06/2017 às 21h53.

14. Pappalardo MCSM, Vandeveld MTC, Correa KFCG. Troca de esquema antiretroviral em pacientes com AIDS no CR DST/AIDS Santo Amaro: Como é feita? *Rev Panam Infectol*, 2014, 16(3):148-152.
15. World Health Organization. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for a public health approach, Second Ed., Geneva, 2016. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf?ua=1 Acessado em 03/06/17 às 17h01.
16. Mouton JP, Cohen K, Maartens G. Key toxicity issues with the WHO-recommended first-line antiretroviral therapy regimen. *Expert Review of Clinical Pharmacology*, 2016, 9(11):1493-1503.
17. Tsang PCS, Samaranayake LP. Oral manifestations of HIV infection in a group of predominantly ethnic Chinese. *J Oral Pathol Med*, 1999, 28: 122–127.
18. World Health Organization. Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents : recommendations for a public health approach 2006 revision. Geneva, 2006 Disponível em: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/artadultguidelines.pdf> Acessado em 03/06/2017 às 13h45.
19. Birkus G, Hitchcock MJM, Cihlar T. Assessment of Mitochondrial Toxicity in Human Cells Treated with Tenofovir: Comparison with Other Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors. *Antimicrobial agents and chemotherapy*, 2002, 46(3):716-723
20. Romeu GA, Tavares MM, Carmo CP, *et al*. Avaliação da adesão à terapia antirretroviral de pacientes portadores de HIV. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde*. 2012, 3(1):37-41.
21. Costa, CGR. Papel da intervenção farmacêutica na evolução dos parâmetros clínicos e na resolução de problemas farmacoterapêuticos em pacientes HIV - positivos. [dissertação] Campinas: Universidade estadual de Campinas, Faculdade de ciências médicas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, 2012.
22. Molino CGRC, Carnevale RC, Rodrigues AT, *et al*. Impact of pharmacist interventions on drug related problems and laboratory markers in outpatients with human immunodeficiency virus infection. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 2014, 10: 631–639.

ANEXO

ANEXO I: Instruções aos Autores da Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde

A Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde (RBFHSS) publica artigos nos idiomas Inglês, Espanhol, Português.

Em 2010, a RBFHSS passou a substituir a Revista SBRAFH da Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde.

Em 2012, a revista foi incluída pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) no Qualis - conjunto de procedimentos utilizados pela CAPES para estratificação da qualidade da produção intelectual dos programas de pós-graduação. Este foi o primeiro grande passo para que possamos alcançar nossa próxima meta, a indexação da RBFHSS no SciELO (Scientific Electronic Library Online).

A RBFHSS oferece aos pesquisadores brasileiros e da América Latina, publicações científicas validadas, revisões sistemáticas e outras, cooperando para o avanço do conhecimento na área de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde. Traz também tendências conceituais, sociais e políticas que indicam a direção geral das atividades de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde no Brasil e demais países da América Latina.

A RBFHSS é distribuída aos profissionais da saúde, técnicos, pesquisadores, professores e alunos, tanto no Brasil como em outras partes do mundo.

A RBFHSS tem o seu Website em: <http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/>, onde todo o seu conteúdo está disponível para download.

REGRAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS:

A. ESCOPO:

A RBFHSS publica artigos sobre assuntos relativos à farmácia hospitalar e demais serviços de saúde, como gestão da farmácia hospitalar e serviços de saúde, farmácia clínica e atenção farmacêutica, gerenciamento de resíduos, gerenciamento de riscos e segurança do paciente, oncologia, terapia nutricional, farmacoterapia, utilização de práticas integrativas em serviços de saúde, farmacoeconomia, farmacoepidemiologia, avaliação de tecnologias em saúde, farmacotécnica hospitalar, legislação, estudos de estabilidade, estudos de compatibilidade, controle de qualidade, além de outros assuntos relacionados.

B. TIPOS DE ARTIGOS PUBLICADOS:

Editoriais: referentes a artigos publicados na revista, refletem a opinião do autor, especialista no tema, que pode ser um membro da equipe editorial ou um autor independente convidado.

Artigos Originais e de Revisão: relatos de pesquisa original, revisões de literatura, ou relatórios especiais sobre temas de interesse para a Região. Trabalhos apresentados em reuniões e conferências, não necessariamente são qualificados como artigos científicos. Artigos que tenham sido publicados anteriormente, em forma impressa ou por via eletrônica (por exemplo, na internet), no mesmo formato ou similar, não serão aceitos. Qualquer instância de publicação prévia deve ser divulgado quando o artigo é submetido, e os autores devem fornecer uma cópia do documento publicado.

Comunicações Breves: são publicadas quando transmitem técnicas inovadoras e promissoras ou metodologias ou resultados preliminares de especial interesse.

Temas Atuais (Current Topics): inclui descrições de projetos nacionais e internacionais, além de iniciativas e intervenções regionais de saúde, abordando, principalmente, problemas na farmácia hospitalar e demais serviços de saúde que são de grande importância para a área. Ao contrário de artigos, manuscritos de temas atuais não refletem a investigação original. No entanto, as mesmas regras relativas à publicação de artigos aplicam-se também aos manuscritos de temas atuais.

Resenhas: Esta seção oferece breves resumos de publicações atuais sobre vários aspectos da farmácia hospitalar e serviços de saúde. O(s) autor(es) são convidados, pelo Editor, a apresentar resenhas de livros sobre temas da sua área de especialização. Cada resenha do livro não deve ser superior a 1500 palavras e deve descrever o conteúdo do livro, objetivamente, ao abordar os seguintes pontos essenciais: a contribuição do livro para uma disciplina específica (se possível, em comparação com outros livros de sua espécie), a qualidade do livro, tipo, ilustrações e formato geral, o tipo do estilo de narrativa, e se torna a leitura fácil ou difícil. A formação do autor e o tipo de leitor ao qual o livro é dirigido também devem ser brevemente descrito.

Cartas ao Editor: Cartas ao editor sobre temas de farmácia hospitalar ou serviços de saúde para esclarecer, discutir ou comentar, de forma construtiva, ideias expressas na RBFHSS são bem-vindas. As cartas devem ser assinadas pelo autor e especificar sua afiliação profissional e endereço.

C. CRITÉRIOS GERAIS PARA ACEITAÇÃO DO ARTIGO:

A Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde (SBRAFH) detém os direitos autorais do material publicado na RBFHSS.

A seleção de manuscritos para publicação é baseada nos seguintes critérios: adequação do tema para a revista; solidez científica, originalidade, contribuição para o avanço do conhecimento e atualidade da informação. Os artigos deverão satisfazer às normas de ética em pesquisa que regem a experimentação com humanos e outros animais, seguindo as regras para publicação (vide seção D). O não atendimento ao descrito implica em razões para rejeitar o artigo.

Os autores são os únicos responsáveis pelas opiniões expressas, que não necessariamente refletem a opinião da RBFHSS. A menção de determinadas companhias ou produtos comerciais não implica que os aprove ou recomende de preferência a outros de natureza similar. Os autores deverão declarar a existência de conflitos de interesse.

Os manuscritos que não cumpram com as regras de envio não serão aceitos. Recomendamos que, para ter certeza que eles estão seguindo o formato padrão da RBFHSS, os autores revejam todos esses critérios (*check list* de verificação disponível no site), bem como rever um ou dois artigos publicados nesta revista, antes de submeter seus artigos para apreciação.

Caso seja aceito, os autores deverão se responsabilizar por providenciar certificados de revisão dos resumos ou texto completo em língua inglesa e espanhol.

A revista poderá recusar a publicação de qualquer manuscrito cujos autores não consigam responder a questões editoriais de forma satisfatória.

D. CRITÉRIOS PARA O ENVIO DO MANUSCRITO

D.1. Formatação obrigatória:

- ✓ Formato A4 (210 x 297mm);
- ✓ Margens de 2,5cm em cada um dos lados;
- ✓ Letra Arial 12;
- ✓ Espaçamento duplo em todo o arquivo;
- ✓ As tabelas e quadros devem estar inseridos no texto, numerados consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citados no texto e não utilizar traços internos horizontais ou verticais;
- ✓ As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título;
- ✓ Notas de rodapé: deverão ser indicadas por asteriscos, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável;
- ✓ Figuras (compreende os desenhos, gráficos, fotos etc.) devem ser desenhadas, elaboradas e/ou fotografadas por profissionais, em preto e branco. Em caso de uso de fotos os sujeitos não podem ser identificados ou então possuir permissão, por escrito, para fins de divulgação científica. Devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução em 7,2cm (largura da coluna do texto) ou 15cm (largura da página). Para ilustrações extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Essas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Serão aceitas desde que não repitam dados contidos em tabelas. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. As abreviações não padronizadas devem ser explicadas em notas de rodapé, utilizando símbolos, como *, #, _,-;
- ✓ Numerar as referências de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto (estilo Vancouver). Identificá-las no texto por números arábicos e sobrescrito, sem menção dos autores. Quando se tratar de citação sequencial, separe os números por traço (ex.: 1-2); quando intercalados use vírgula (ex.: 1,5,7). Devem ser listados apenas os três primeiros autores: os outros devem ser indicados pelo termo “et al”. O formato das referências, usando abreviações de acordo com o Index Medicus é o seguinte:

Periódicos: Último nome(s), seguido das iniciais para os três primeiros autores. Os autores devem ser separados por vírgula. Título do artigo. Nome do Periódico (em itálico), Ano, Volume(Fascículo): Número das páginas.

Exemplo: Silva LC, Paludetti LA, Cirilo O. Erro de Medicamentos em Hospitais da Grande São Paulo. Revista SBRAFH, 2003, 1(1):303-309.

Livros: Último nome(s), iniciais dos primeiros três autores. Título do livro (em itálico), edição. Cidade, editora, ano: páginas ou último nome(s)

Capítulo de Livros: Último nome(s), iniciais dos primeiros três autores. Nome do capítulo. “In”: Nome do Editor (ed), Título do livro (em itálico), edição. Cidade, editora, ano: páginas.

Internet: Proceder como no caso de periódicos ou capítulo de livros, o que for mais adequado. Ao final da referência adicionar “disponível em (citar o endereço completo), data e horário de consulta”.

TABELA 1. Formatação obrigatória de cada tipo de artigo:

	Artigo Original	Artigo de Revisão	Relato de caso	Comunicação Breve	Temas atuais	Resenha	Carta ao editor
Número Máximo de autores	10	6	6	8	8	2	2
Título (Caracteres incluindo espaço)	100	100	80	80	80	80	80
Resumo (nº máx. de palavras)	250	250	250	250	250	250	-
Corpo do Texto (nº máx. de palavras, incluindo referências)	5000	6500	1500	1500	1500	1500	1000
nº máx. de referências	25	50	10	10	10	10	5
nº máx. de tabelas e figuras	8	6	4	4	4	4	1

Observação: O título, resumo e descritores devem ser apresentados em português, inglês e espanhol, independente do idioma do artigo.

D.2. Orientações adicionais

- ✓ **Título:** Recomenda-se que o título seja breve e inclua apenas os dados imprescindíveis, evitando-se que sejam muito longos, com dados dispersos e de valor não representativo. Palavras ambíguas, jargões e abreviaturas devem ser evitados. Um bom título torna fácil entender sobre o que é o manuscrito e ajuda a catalogar e classificá-lo com precisão. O título deve ser apresentado em português, inglês e espanhol.
- ✓ **Autores:** O sistema de submissão *online* manuscrito irá registrar o nome, instituição e informações de contato de cada autor, quando um manuscrito é submetido. Estas informações **DEVEM SER OMITIDAS** do texto apresentado integralmente, a fim de manter a confidencialidade dos autores durante a revisão pelos pares. Apenas aqueles que participaram diretamente da pesquisa ou da elaboração do artigo e, portanto, em condições de assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo, podem ser listados como autores. Inclusão de outras pessoas como autores, por amizade, reconhecimento, ou outra motivação não científica, é uma violação da ética.
- ✓ **Resumo:** Todo artigo original ou revisão deve ser acompanhado por um resumo estruturado nas seguintes seções: (a) Objetivos, (b) Métodos, (c) Resultados e (d) Conclusões. Deverão ser encaminhados os resumos em português, espanhol e inglês. Outros tipos de manuscritos devem ser acompanhados de um resumo não estruturado, também nas três línguas. O resumo não deve incluir todas as informações ou conclusões que não aparecem no texto principal. Ele deve ser escrito na terceira pessoa e não devem conter notas ou referências bibliográficas. O resumo deve permitir aos leitores determinar a relevância do artigo e decidir se querem ou não estão interessados em ler o texto inteiro. O resumo é muito importante, pois é a única parte do artigo, além do título, que aparece nos diferentes bancos de dados. É o “cartão de visitas” para o seu artigo.
- ✓ **Descritores:** deverão ser apresentados de 3 a 6 descritores que auxiliarão na indexação dos artigos, nos respectivos idiomas (português, inglês e espanhol). Para determinação dos descritores, consultar o *site*: <http://decs.bvs.br/> ou MESH - Medical Subject Headings <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>. Caso não encontre descritor correspondente, defina palavras-chave.
- ✓ **Abreviaturas:** Utilize somente abreviações padronizadas internacionalmente;
- ✓ **Depoimentos de sujeitos:** Depoimentos dos sujeitos deverão ser apresentados em itálico, letra Arial, tamanho 10, na sequência do texto. Ex.: *a sociedade está cada vez mais violenta* (sujeito 1).
- ✓ **Referências:** Sugere-se incluir as referências estritamente pertinentes à problemática abordada e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Recomenda-se incluir contribuições sobre o tema do manuscrito já publicadas na RBFHSS e na Revista Farmacia Hospitalaria,

publicação da Sociedade Espanhola de Farmácia Hospitalar. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Em todos os manuscritos deverão ser destacadas as contribuições para o avanço do conhecimento na área da farmácia hospitalar e demais serviços de saúde.

D.3. Arquivo do artigo:

O arquivo do artigo também deverá apresentar, na primeira página, o título, o resumo e os descritores, nessa sequência, nos idiomas português, inglês e espanhol.

Não deve apresentar o nome dos autores e nem sua filiação ou qualquer outra informação que permita identificá-los.

D.4. Documentação obrigatória:

No ato da submissão dos manuscritos deverão ser anexados no sistema *online* os documentos:

- Cópia da aprovação do Comitê de Ética ou Declaração de que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos;

- Formulário individual de declarações, preenchido e assinado.

Ambos os documentos deverão ser digitalizados em formato JPG.

Os interessados deverão enviar o manuscrito no site da revista:
www.sbrafh.org.br/rbfhss

Dúvidas: rbfhss@sbrafh.org.br

ANEXO 2: HOSPITAL DE CLINICAS DE PORTO ALEGRE - FARMÁCIA DE PROGRAMAS ESPECIAIS- FAPE

Paciente: _____ Início da TARV: _____

Marcar com um dose tomada

DIAS DA TARV		 HORAS: ___h___min
Setembro		TENOFOVIR+ LAMIVUDINA+ EFAVIERENZ 
		1 comprimido
01	S	
02	D	
03	S	
04	T	
05	Q	
06	Q	
07	S	
08	S	
09	D	
10	S	
11	T	
12	Q	
13	Q	
14	S	
15	S	
16	D	
17	S	
18	T	
19	Q	
20	Q	
21	S	
22	S	
23	D	
24	S	
25	T	
26	Q	
27	Q	
28	S	
29	S	
30	D	