



Universidade do Estado da Bahia – UNEB
Departamento de Ciências da Vida – DCV
Programa de Pós-graduação *Stricto sensu* em Ciências Farmacêuticas – PPGFARMA

José Vinícius Mascarenhas de Paulo Passos

**AVALIAÇÃO DO ABUSO DE ÁLCOOL NA ADESÃO AOS TRATAMENTOS
FARMACOLÓGICOS ANTIRRETROVIRAL E ANTIDEPRESSIVO ENTRE
PESSOAS ATENDIDAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM
SALVADOR-BAHIA-BRASIL**

SALVADOR

2024

José Vinícius Mascarenhas de Paulo Passos

AVALIAÇÃO DO ABUSO DE ÁLCOOL NA ADESÃO AOS TRATAMENTOS
FARMACOLÓGICOS ANTIRRETROVIRAL E ANTIDEPRESSIVO ENTRE
PESSOAS ATENDIDAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM SALVADOR-
BAHIA- BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto sensu* em Ciências Farmacêuticas (PPGFARMA), da Universidade Estadual da Bahia (UNEB), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

Orientador: Prof. Dr. André Lacerda Braga Teles

SALVADOR

2024

AVALIAÇÃO DO ABUSO DE ÁLCOOL NA ADESÃO AOS TRATAMENTOS FARMACOLÓGICOS ANTIRRETROVIRAL E ANTIDEPRESSIVO ENTRE PESSOAS ATENDIDAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM SALVADOR-BAHIA- BRASIL

JOSÉ VINÍCIUS MASCARENHAS DE PAULO PASSOS

Linha de Pesquisa: II – Avaliação de Fármacos, Biomarcadores, Produtos Naturais e Sintéticos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto sensu em Ciências Farmacêuticas (PPGFARMA), em 01 de novembro de 2024, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas, pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB), conforme avaliação da Banca Examinadora:

Prof. Dr. André Lacerda Braga Teles

Universidade do Estado da Bahia – UNEB (Orientador)

Doutorado em Biotecnologia

Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS

Profa. Dra. Rosa Malena Fagundes Xavier (Membro Interno – PPGFARMA/UNEB)

Universidade do Estado da Bahia – UNEB

Doutorado em Saúde Coletiva

Universidade Federal da Bahia – UFBA

Professor Dr. Gildomar Lima Valasques Junior (Membro Externo)

Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS

Doutorado em Biotecnologia

Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS

RESUMO

A adesão ao tratamento farmacológico em pacientes com transtornos mentais severos é um fator muito importante para sua qualidade de vida, haja vista que esse quadro clínico agrega outros fatores estressores como estigma social, comorbidades, isolamento e desemprego. Esses desafios são ainda maiores quando o transtorno mental ocorre em pessoas que vivem com HIV (PVHIV). As taxas de HIV são pelo menos quatro vezes maiores entre pessoas com transtornos mentais em comparação a população geral. Além disso, o uso de álcool e de outras substâncias psicoativas são alguns dos fatores frequentemente associados a pacientes vivendo com HIV. O objetivo geral será avaliar a influência do abuso de álcool na adesão aos tratamentos farmacológicos antirretroviral contra HIV e antidepressivo entre pessoas atendidas em um centro de referência em Salvador-Bahia-Brasil. Consistirá em estudo quantitativo baseando-se no método de pesquisa descritivo de delineamento transversal sobre pacientes atendidos por um centro de referência de Salvador. Será aplicada uma entrevista estruturada para caracterização de dados sociodemográficos, juntamente com o Teste de Identificação de Transtornos por Uso de Álcool (AUDIT) para classificar o grau de uso nocivo do álcool, o teste de *Morisky-Green* para avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso e, para a adesão à Terapia Antirretroviral (TARV), será utilizado o Questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral. Foram abordados 40 pacientes. A maioria dos participantes abordadas foram do sexo masculino, entre 25 e 45 anos e que se identificavam como pretos ou pardos; 20% dos participantes possuem diagnósticos de transtornos mentais, como depressão e ansiedade. O uso de substâncias psicoativas (álcool e/ou outras drogas foi mencionado por 71,8% dos participantes. A maioria dos pacientes nunca deixou de tomar a medicação antirretroviral, enquanto 68,4% dos pacientes consomem apenas bebidas alcoólicas de 2 a 4 vezes por mês, e 57,9% não consomem bebidas alcoólicas em um dia normal. A análise estatística não encontrou uma correlação significativa entre o consumo de álcool e a adesão à TARV ($P = 1,000$). No entanto, fatores sociodemográficos, como sexo, escolaridade e situação financeira, influenciaram a adesão, sugerindo que intervenções devem ser adaptadas às características específicas da população. Em relação ao consumo de álcool, a maioria dos participantes consome de forma moderada, com uma proporção significativa reportando níveis não nocivos de consumo. Esses achados ressaltam a importância de intervenções focadas na educação sobre a continuidade do tratamento e estratégias para melhorar a adesão, considerando o impacto do consumo de álcool e outras substâncias na saúde mental e na capacidade de aderir ao regime terapêutico.

Palavras-chave: adesão ao tratamento medicamentoso, antirretrovirais, HIV, ingestão de álcool, antidepressivos, transtornos mentais

ABSTRACT

Adherence to pharmacological treatment in patients with severe mental disorders is a crucial factor for their quality of life, as this clinical condition is associated with additional stressors such as social stigma, comorbidities, isolation, and unemployment. These challenges are even greater when mental disorders occur in people living with HIV (PLHIV). HIV rates are at least four times higher among individuals with mental disorders compared to the general population. Additionally, alcohol use and other psychoactive substances are frequently associated with patients living with HIV. The main objective of this study is to evaluate the influence of alcohol abuse on adherence to antiretroviral and antidepressant pharmacological treatments among individuals attended at a reference center in Salvador, Bahia, Brazil. This will be a quantitative study based on a descriptive cross-sectional design, involving patients from a reference center in Salvador. A structured interview will be conducted to gather sociodemographic data, alongside the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) to classify the degree of harmful alcohol use, the Morisky-Green Test to assess medication adherence, and the Adherence to Antiretroviral Therapy (ART) Questionnaire to evaluate ART adherence. Forty patients were approached. The majority of participants were male, aged between 25 and 45, and identified as Black or Brown; 20% of participants had diagnoses of mental disorders such as depression and anxiety. The use of psychoactive substances (alcohol and/or other drugs) was mentioned by 71.8% of participants. Most patients never missed their antiretroviral medication, while 68.4% consumed alcohol 2 to 4 times per month, and 57.9% did not consume alcohol on a regular day. Statistical analysis did not find a significant correlation between alcohol consumption and ART adherence ($P = 1.000$). However, sociodemographic factors, such as sex, education, and financial status, influenced adherence, suggesting that interventions should be tailored to the specific characteristics of the population. Regarding alcohol consumption, most participants reported moderate drinking, with a significant proportion reporting non-harmful levels of consumption. These findings highlight the importance of interventions focused on educating patients about the continuity of treatment and strategies to improve adherence, considering the impact of alcohol and substance use on mental health and the ability to follow the therapeutic regimen.

Keywords: medication adherence, antiretrovirals, HIV, alcohol consumption, antidepressants, mental disorders.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. OBJETIVOS	9
2.1 Objetivo geral.....	9
2.2 Objetivos específicos	9
3. REFERENCIAL TEÓRICO	10
3.1 Adesão à terapia medicamentosa.....	12
3.2 HIV/AIDS	13
3.3 Transtorno depressivo	18
3.4 Etilismo	23
3.5 Etilismo e transtornos depressivos como barreiras na adesão	30
4. MATERIAIS E MÉTODOS	32
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICES	55
ANEXOS	59

1. INTRODUÇÃO

Pacientes com comorbidades psiquiátricas enfrentam, com grande frequência, desafios importantes adicionais à sua situação clínica, como maiores taxas de agressividade, detenção por atos ilegais, falta de moradia, isolamento e desemprego. A evolução social destes pacientes tende a ser pior, causando maior impacto financeiro e sobre a saúde do cuidador ou unidade de saúde cuidadora (ALVES et al., 2004).

Dessa forma, indivíduos que não aderem ao devido tratamento farmacológico dos seus transtornos mentais estarão sob risco muito maior de decaimento de sua qualidade de vida, dados todos esses fatores que se somam à maior chance de readmissão hospitalar e consequente utilização de recursos para seu tratamento. Esses desafios são ainda maiores quando o transtorno mental ocorre em Pessoas que Vivem com HIV (PVHIV). Vale ressaltar ainda que as taxas de HIV são pelo menos quatro vezes maiores entre pessoas com transtornos mentais em comparação a população geral. Por outro lado, a presença de sintomas depressivos, além do uso de álcool e outras substâncias psicoativas, são alguns dos fatores frequentemente associados a pacientes vivendo com HIV (SEEMAN, 2015; DEGROOTE et al., 2014).

Diversas alterações clínicas, psicológicas e sociais são inerentes à infecção pelo HIV, podendo provocar sentimentos de inferioridade e desvalorização, devido a estereótipos negativos e rótulos discriminatórios. Nesse cenário, ansiedade, solidão, depressão, ausência de vontade de viver, baixa autoestima e isolamento social acompanham as PVHIV (CALIARI *et al.*, 2017). Obviamente, pessoas sob esse contexto de vida requerem uma atenção muito maior, tornando evidente a importância da adesão ao tratamento farmacológico dos seus transtornos, bem como da compreensão dos fatores que influenciam nessa adesão.

De acordo com a literatura, o consumo de álcool está associado a um pior prognóstico entre PVHIV, pois seu abuso pode reduzir a adesão do paciente ao seu tratamento. A influência do álcool é também percebida pela menor adesão ao tratamento antidepressivo (REGO, 2010).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Salvador é a capital onde o consumo recreativo do álcool é maior no país – 40,2% da população adulta, ou 919 mil pessoas

beberam ao menos uma vez por semana. Já no âmbito estadual, a proporção da população que consome bebida alcoólica é de 26,7%, deixando a Bahia na oitava posição nacional. Rio Grande do Sul (34,0%), Mato Grosso do Sul (31,3%) e São Paulo (31,0%) lideram esse ranking, enquanto as menores proporções de 2019 estavam no Acre (12,6%) e Amazonas (14,4%). No que diz respeito à depressão, a mesma edição da PNS trouxe que 19,7% dos baianos maiores de 18 anos foram diagnosticados com depressão e tiveram sua qualidade de vida comprometida, sendo um dos maiores índices do país, atrás somente da Paraíba e empatando com Alagoas.

A Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) registrou em seu boletim epidemiológico do ano de 2021 que, entre 2016 e 2021, 14.392 casos da infecção pelo vírus do HIV foram notificados no estado. Dentre estes, 1.609 casos foram notificados em 2021. Nos anos de 2018 e 2019 ocorreu elevação no número de casos e nas taxas de detecção em todas as Macrorregiões de Saúde, em contraposição aos anos de 2020 e 2021. Vale ressaltar que a pandemia causada pelo SARS-CoV-2 pode ter impactado na detecção dos anos de 2020 e 2021.

Considerando os pacientes que vivem com HIV/AIDS, o tratamento antirretroviral (TARV) é fornecido através do SUS e pode ser retirado em Centros do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF), mediante apresentação da prescrição médica. Nesse contexto, o Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (CEDAP), em Salvador-BA, é uma Unidade de Dispensação de Medicamentos (UDM) antirretrovirais para tratamento de PVHIV e para PrEP (Profilaxia Pré Exposição). São atendidas, em média, 7 mil pessoas por mês, com um total de 57 mil pacientes cadastrados, provenientes de todos os municípios do Estado da Bahia. Em 2019, a prefeitura de Salvador inaugurou a primeira UDM da capital, com o objetivo de ampliar a oferta de antirretrovirais no município

Diante disso, o presente estudo teve como objetivo avaliar a influência do uso de álcool na adesão farmacológica em pessoas que, simultaneamente, vivem com HIV/AIDS e apresentam transtorno depressivo, sendo atendidas em um centro de referência de Salvador. A partir dos resultados obtidos, espera-se auxiliar no planejamento de estratégias para melhorar esse cenário, tanto para o curso do tratamento de pacientes acometidos quanto para auxiliar a equipe multiprofissional em lidar com as adversidades intrínsecas ao manejo desses pacientes.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a influência do abuso de álcool na adesão aos tratamentos farmacológicos antirretroviral contra HIV e antidepressivo entre pessoas atendidas em um centro de referência em Salvador-Bahia-Brasil.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os aspectos sociodemográficos dos participantes da pesquisa;
- Classificar o grau de uso nocivo do álcool dos participantes da pesquisa através do Teste de Identificação de Transtornos por Uso de Álcool (*Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT*);
- Examinar a adesão aos antidepressivos e à Terapia Antirretroviral nesses pacientes, através do Teste de Morisky-Green e do *Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral*” (CEAT-VIH), respectivamente.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Adesão à terapia medicamentosa

O conceito de adesão ao tratamento é uma questão que varia em suas definições conforme diversos autores, embora haja uma compreensão geral de que se refere à utilização de medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% do seu total, observando horários, doses e tempo de tratamento. Esta prática representa a fase final do que é sugerido como uso racional de medicamentos (LEITE & VASCONCELLOS, 2003). A Organização Mundial de Saúde reconhece que a adesão ao tratamento engloba uma série de ações que podem incluir a ingestão de medicamentos, obtenção de imunizações, comparecimento a consultas agendadas e adoção de hábitos de vida saudáveis (OMS, 2003).

Dessa forma, adesão ao tratamento inclui fatores terapêuticos e educativos relacionados aos pacientes, envolvendo aspectos ligados à educação em saúde, à identificação de fatores de risco no estilo de vida, ao cultivo de hábitos saudáveis e ao desenvolvimento da consciência para o autocuidado. Aspectos relacionados ao profissional de saúde, comportando ações de saúde centradas na pessoa e não exclusivamente nos procedimentos, que aliam orientação, informação, e adequação dos esquemas terapêuticos ao estilo de vida do paciente também são considerados (LUSTOSA, 2011).

A adesão ao tratamento é um conceito multifacetado que envolve a utilização adequada de medicamentos e a participação ativa dos pacientes, com a escolha de seguir ou não as orientações terapêuticas, sendo fundamental para o uso racional de medicamentos e para a promoção da saúde.

Especificamente no caso da infecção pelo vírus HIV, a adesão à Terapia Antirretroviral (TARV) desempenha um papel crucial. A adesão à TARV está intimamente ligada à supressão da carga viral do HIV no plasma sanguíneo, o que leva à reconstituição imunitária e diminui a transmissão futura do vírus. Estudos indicam que a eficácia do tratamento, expressa nos níveis de supressão viral, exige que o uso do esquema terapêutico deva ser igual ou superior a 95% das doses prescritas (PATERSON *et al.*, 2000). No entanto, há também outros estudos em que os autores demonstraram que níveis elevados de supressão viral poderiam ser obtidos com níveis de adesão inferiores a 95%

quando em uso de regimes de TARV mais recentes quando comparado aos utilizados por Paterson *et al.*, (BANGSBER, 2006).

O monitoramento da adesão à TARV é altamente recomendado pelas organizações de saúde e os principais métodos são: autorrelato por entrevista, contagem de comprimidos, e sistema de monitoramento de problemas relacionamentos ao medicamento (PRM). A monitorização da adesão dos pacientes à TARV desafiadora, porém não deve ser negligenciado para o que a supressão viral seja atingida e identificação daqueles com baixa adesão aconteça (COSTA *et al.*, 2018)

Outras condições como o transtorno depressivo também necessitam de uma atenção diferenciada para a adesão ao tratamento, seja ele apenas medicamentoso ou não. Isso porque a descontinuação precoce do tratamento antidepressivo foi documentada em várias populações e ambientes clínicos. A gestão eficaz da depressão é muito importante no serviço de saúde, uma vez que a depressão não tratada causa graves problemas sociais, como o suicídio (JI & HONG, 2020).

De acordo com as Diretrizes Práticas para o Tratamento de Pacientes com Transtorno Depressivo Maior, elaborado pela *American Psychiatric Association*, o psiquiatra deve avaliar e reconhecer potenciais barreiras à adesão ao tratamento (por exemplo, falta de motivação ou pessimismo excessivo devido à depressão; efeitos secundários do tratamento; problemas na relação terapêutica; barreiras logísticas, econômicas ou culturais ao tratamento) e colaborar com o paciente (e se possível, contando com o apoio da família) para minimizar o impacto destas potenciais barreiras. Além disso, o psiquiatra deve encorajar os pacientes a articular quaisquer receios ou preocupações sobre o tratamento ou os seus efeitos secundários. Os pacientes devem receber uma noção realista do que pode ser esperado durante as diferentes fases do tratamento, incluindo o tempo provável de resposta aos sintomas e a importância da adesão para o sucesso do tratamento e da profilaxia (APA, 2013).

É importante salientar que a educação sobre os sintomas e o tratamento do transtorno depressivo maior deve ser fornecida em linguagem que seja facilmente compreensível para o paciente. Além disso, se deve abordar também a necessidade de um tratamento completo, o risco de recaída, o reconhecimento precoce de sintomas recorrentes e a necessidade de procurar tratamento o mais cedo possível para reduzir o risco de falha terapêutica (APA, 2013). Essas medidas estão de acordo com o que é preconizado pela OMS e outras entidades relacionadas à saúde no que diz respeito à adesão ao tratamento.

3.1.1 Métodos de avaliação da adesão à terapia medicamentosa

A avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso pode ajudar a identificar os fatores que afetam a adesão e a desenvolver estratégias para melhorar a adesão. Existem vários instrumentos disponíveis para avaliar a adesão, como questionários autoaplicáveis, diários de medicação, registros de prescrição e dispensação de medicamentos, entre outros (MOURÃO-JÚNIOR & SOUZA, 2010)

Dentre os meios de avaliar a adesão ao tratamento, o teste de Morisky-Green, conhecido como *Morisky Medication Adherence Scale-4 items (MMAS-4)*, tem sido amplamente utilizado por muitos pesquisadores. Originalmente validado para medir a adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica, este teste avalia atitudes relacionadas ao tratamento. Apesar de sua origem específica, sua aplicação não se limita à patologia para a qual foi inicialmente desenvolvido e validado. Composto por quatro perguntas, onde uma resposta afirmativa (sim) indica falta de adesão por parte do paciente, este instrumento, como qualquer outro método, nem sempre consegue prever de maneira precisa o controle da condição médica.

Isso pode ser atribuído ao fato de que o controle da condição médica não é exclusivamente dependente da adesão ao medicamento, mas também da eficácia dos medicamentos utilizados e da incorporação de mudanças no estilo de vida (MORISKY & DIMATTEO, 2011).

Especificamente para a PVHIV, o *Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH)* é um questionário autoaplicável que tem como objetivo avaliar o grau de adesão ao tratamento antirretroviral em pacientes com infecção pelo HIV. O questionário foi traduzido do original em espanhol para o português e adaptado para uso no Brasil. (REMOR *et al.*, 2007) O CEAT-VIH é considerado um recurso de fácil compreensão e aplicável a pacientes adultos com infecção pelo HIV (COSTA *et al.*, 2019)

A versão em português do questionário foi validada e mostrou ser útil, confiável e válida para a avaliação do grau de adesão ao tratamento antirretroviral em pacientes com infecção pelo HIV. O questionário se tornou uma ferramenta importante para a equipe multiprofissional no planejamento do cuidado e intervenção nas situações que interferem na adesão (PRIMEIRA *et al.*, 2018) Entre as desvantagens, há possibilidade de o paciente fornecer respostas socialmente desejáveis, o que pode levar a uma

superestimação da adesão ao tratamento. Além disso, o questionário não é capaz de avaliar a qualidade da adesão, ou seja, se o paciente está tomando o medicamento corretamente e no horário correto. (COSTA et al., 2019)

De uma forma geral, esses instrumentos podem ajudar a avaliar a adesão ao tratamento e identificar os pacientes que precisam de intervenções para melhorar a adesão.

3.2 HIV/AIDS

O vírus da imunodeficiência humana (*Human Immunodeficiency Virus - HIV*) é um lentivírus que causa a síndrome da imunodeficiência adquirida (*Acquired Immunodeficiency Syndrome - AIDS*), responsável por uma deterioração do sistema imunológico e que infecta principalmente os linfócitos T (LT) CD4+, os macrófagos e as células dendríticas. Com a queda do número de LT-CD4+, o corpo perde a imunidade mediada por células e torna-se progressivamente mais suscetível a infecções oportunistas, como a tuberculose. As principais vias de transmissão são as relações sexuais desprotegidas, o compartilhamento de seringas contaminadas e a transmissão entre mãe e filho durante a gravidez ou amamentação (FACKLER, ALCOVER & SCHWARTZ, 2007). Vale ressaltar que contrair o vírus do HIV não é o mesmo que desenvolver a síndrome da imunodeficiência adquirida. Há indivíduos positivos para o vírus HIV que vivem anos sem apresentar sintomas e sem desenvolver a síndrome.

A epidemia de HIV/Aids no Brasil é considerada estável em nível nacional. A prevalência de HIV na população em geral é de 0,4%. Desde o ano de 2012 observa-se uma diminuição da taxa de detecção de aids no Brasil, que passou de 21,4/100.000 habitantes (2012) para 17,8/100.000 habitantes em 2018, configurando um decréscimo de 16,8%. Essa redução da taxa de detecção tem sido mais acentuada desde a recomendação de tratamento para todos os casos, independentemente dos níveis de LT-CD4+, implementada em dezembro de 2013. Os casos de HIV estão concentrados em grupos populacionais específicos, como profissionais do sexo (5%), homens que fazem sexo com homens (18%), pessoas transexuais (17%-37%), pessoas que usam álcool e outras drogas

(5%) e aquelas em situações de vulnerabilidade, como pessoas de cor negra, população de rua e pessoas privadas de liberdade (NETO *et al.*, 2021).

O tempo referente a infecção aguda pelo HIV toma as primeiras semanas da infecção pelo vírus, quando este está sendo replicado intensivamente nos tecidos linfóides. Durante essa fase, tem-se a carga viral (CV-HIV) elevada e níveis decrescentes de linfócitos, em especial os LT-CD4+, uma vez que estes são recrutados para a reprodução viral. O indivíduo, nesse período, torna-se altamente infectante. Como em outras infecções virais agudas, a infecção pelo HIV é acompanhada por um conjunto de manifestações clínicas, denominado Síndrome Retroviral Aguda (SRA). Os principais achados clínicos de SRA incluem febre, cefaleia, astenia, adenopatia, faringite, exantema e mialgia.

Na fase de latência clínica, que em geral é assintomática e pode durar anos, é possível encontrar linfadenomegalia e alterações inespecíficas em exames laboratoriais, de pouca importância clínica, como plaquetopenia, anemia (normocrômica e normocítica) e leucopenia. Enquanto a infecção progride, ocorre queda gradual de LT-CD4+, com aparecimento intermitente de infecções, que podem ter apresentações atípicas, ou reativação de infecções antigas, como tuberculose e herpes-zóster. Por último, ocorre o surgimento da AIDS, que se caracteriza pelo surgimento de manifestações de imunodeficiência avançada, com o aparecimento de infecções oportunistas ou neoplasias. A depender do nível de imunossupressão, podem ocorrer uma ou várias infecções oportunistas ao mesmo tempo (BRASIL, 2018).

Após a descoberta do HIV, foram desenvolvidos imunoenaios (IE) para o diagnóstico da infecção. A abordagem laboratorial no início do acompanhamento clínico auxilia a avaliação da condição geral de saúde, a pesquisa de comorbidades, a presença de coinfeções e a urgência no início da TARV. Também fornece informações laboratoriais basais pré-tratamento, bem como orienta sobre a necessidade de imunizações ou profilaxias.

Quatro gerações de IE foram elaboradas. Essas gerações foram definidas de acordo com a evolução das metodologias empregadas. Nos testes rápidos de Terceira Geração, que são amplamente disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), utiliza-se antígenos recombinantes ou peptídeos sintéticos na fase sólida e na forma de conjugado. Esse formato permite a detecção simultânea de anticorpos anti-HIV IgM e IgG. É um teste de maior especificidade, pois os antígenos ligam-se apenas à valência livre do anticorpo que está no complexo imune (antígenos na fase sólida do ensaio e anti-corpos da amostra) (BRASIL, 2017).

Recomenda-se testar qualquer pessoa sexualmente ativa, em especial aquelas sob risco substancial para infecção pelo HIV, como pessoas pertencentes a populações vulneráveis, por exemplo (NETO *et al.*, 2021). O diagnóstico de infecção pelo HIV pode ser um momento ímpar na vida das PVHIV, cujas reações tendem a variar de acordo com as experiências de cada indivíduo. Um dos principais objetivos no cuidado é o estabelecimento de uma relação de confiança e respeito entre o profissional de saúde e a PVHIV.

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, publicado pelo Ministério da Saúde, a contagem de LT-CD4+ é um dos biomarcadores mais importantes para avaliar a urgência de início da TARV e a indicação das imunizações e das profilaxias para infecções oportunistas (IO). Com esse exame, é possível avaliar o grau de comprometimento do sistema imune e a recuperação da resposta imunológica com o tratamento adequado, além de definir o momento de interromper as profilaxias.

A contagem de LT-CD4+ tem importância na avaliação inicial, enquanto a carga viral (CV-HIV) é considerada o padrão-ouro para monitorar a eficácia da TARV e detectar precocemente problemas de adesão em PVHIV. Para pacientes estáveis, em TARV, com CV-HIV indetectável e contagem de LT-CD4+ acima de 350 céls/mm³, a realização do exame de LT-CD4+ não traz nenhum benefício ao monitoramento clínico-laboratorial. Flutuações laboratoriais e fisiológicas de LT-CD4+ não têm relevância clínica e podem inclusive levar a erros de conduta, como troca precoce de esquemas TARV ou manutenção de esquemas em falha virológica. Ainda, segundo o PCDT, o foco do monitoramento laboratorial deve ser a CV-HIV para avaliar a eficácia da TARV e detectar precocemente a falha virológica, caracterizada por dois exames sequenciais de CV-HIV detectáveis (BRASIL, 2018).

Além dos exames de contagem de LT-CD4+ e carga viral, outros parâmetros devem ser monitorados nas PVHIV. O seguimento clínico com exames complementares é necessário. A frequência de exames realizados depende da condição clínica e do uso de terapia antirretroviral pela PVHIV. Vale descartar a importância da investigação das IST, tuberculose ativa, risco cardiovascular e rastreamento de neoplasias (em especial o câncer de colo de útero em mulheres cis e homens trans).

De acordo com Protocolo Clínico de Manejo do HIV em adultos (PCDT), o seguimento clínico deve adequar-se às condições clínicas da PVHIV e à fase do tratamento. O primeiro retorno após o início ou alteração da TARV deve ocorrer em torno

de sete a quinze dias, com avaliação de eventos adversos e problemas relacionados à adesão à terapia medicamentosa. A adaptação ao uso da TARV deve ser avaliada individualmente e podem ser necessários retornos mensais até se alcançar maior adesão.

A determinação de um exame de carga viral é recomendada entre quatro e oito semanas de tratamento para avaliar eficácia. Sugere-se a periodicidade mínima de consultas médicas de seis em seis meses para casos de quadros clínicos estáveis em uso de TARV. Nesses casos, exames de controle serão realizados semestralmente, ou conforme avaliação e indicação. Nos intervalos entre as consultas médicas, o reforço à adesão deve ser estimulado nos momentos da dispensação dos medicamentos ou da realização de exames

3.2.1 Terapia Antirretroviral (TARV)

Em 1996, o Brasil foi o primeiro país de renda média do mundo a oferecer terapia antirretroviral (TARV) gratuita para PVHIV. A política brasileira de tratar a epidemia do HIV com um olhar plural e multifatorial reduziu o número de casos de VIH notificados no país nos últimos anos e levou a uma queda recente nas mortes relacionadas com a infecção. A estratégia de prevenção combinada é outro ingrediente crucial nesta resposta, pois oferece acesso gratuito a uma série de recursos de prevenção do HIV, tais como preservativos e lubrificantes masculinos e femininos; autoteste de HIV; testes regulares para HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST); profilaxia pré-exposição (PrEP) e pós- exposição (PEP); e redução de danos (BENZAKEN et al., 2019).

A instituição da terapia antirretroviral (TARV) tem por objetivo diminuir a morbidade e mortalidade das pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA), melhorando a qualidade e a expectativa de vida, e não erradicar a infecção pelo HIV. Recomenda-se estimular início imediato da TARV para todas as PVHA, independentemente da contagem de LT-CD4+, na perspectiva de redução da transmissibilidade do HIV, considerando a motivação da PVHA (BRASIL, 2018).

Segundo o Protocolo Clínico de Manejo do HIV em adultos, do Ministério da Saúde, a TARV poderá ser iniciada desde que a pessoa que vive com HIV seja esclarecida sobre benefícios e riscos, além de fortemente motivada e preparada para o tratamento, respeitando-se a autonomia do indivíduo. Deve-se enfatizar que a TARV, uma vez

iniciada, não deverá ser interrompida. Vale ressaltar que a utilização de terapia antirretroviral não elimina a possibilidade de transmissão sexual do HIV. Além disso, há fatores que podem aumentar a possibilidade de transmissão, como a presença de doenças sexualmente transmissíveis. Portanto, o uso de preservativos deve ser sempre estimulado, mesmo em pacientes que apresentem supressão viral (BRASIL, 2013). Desde 1996, o Brasil distribui gratuitamente os ARV a todas as pessoas vivendo com HIV que necessitam de tratamento. Atualmente, existem 22 medicamentos, em 38 apresentações farmacêuticas (BRASIL, 2022).

A terapia inicial deve sempre incluir combinações de três antirretrovirais, sendo dois inibidores da transcriptase reversa análogo de nucleosídeo/nucleotídeo (ITRN/ITRNt) associados a um inibidor da transcriptase reversa não análogo de nucleosídeos ITRNN. Como regra, o esquema de primeira linha deve ser Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) + Efavirenz (EFV), na apresentação de dose fixa combinada, sempre que possível. No Brasil, para os casos em início de tratamento, o esquema inicial preferencial deve ser a associação de dois ITRN/ITRNt – lamivudina (3TC) e tenofovir (TDF) – associados ao inibidor de integrase (INI) – dolutegravir (DTG). Exceção a esse esquema deve ser observada para os casos de coinfeção TB-HIV, MVHIV com possibilidade de engravidar e gestantes (BRASIL, 2018).

Vale ressaltar que os novos esquemas de TARV estão associados a menos efeitos adversos graves ou intoleráveis que os esquemas utilizados no passado, e as descontinuidades do tratamento têm sido menos frequentes. O tratamento da PVHIV deve ser individualizado, evitando efeitos adversos em longo prazo, tais como toxicidade óssea ou renal, dislipidemia, resistência à insulina ou doença cardiovascular. Alguns fatores podem predispor os indivíduos a efeitos adversos de medicamentos TARV, como:

- Comorbidades que aumentam o risco de efeitos adversos ou os exacerbam (ex.: etilismo ou coinfeção com hepatites virais podem aumentar o risco de hepatotoxicidade; distúrbios psiquiátricos podem ser exacerbados por EFV; disfunção renal aumenta o risco de nefrotoxicidade por TDF);
- Interações medicamentosas que podem aumentar a toxicidade dos ARV ou de outros fármacos em uso concomitante;
- Fatores genéticos (ex.: reação de hipersensibilidade a ABC, toxicidade neuropsiquiátrica por EFV, hiperbilirrubinemia associada a ATV).

De um modo geral, no caso de efeito adverso grave ou potencialmente fatal, ou, ainda, hipersensibilidade, a TARV deve ser descontinuada até que os sintomas se resolvam e um esquema de substituição possa ser iniciado com segurança (BRASIL, 2018).

3.3 Transtorno depressivo

A palavra “depressão” vem da palavra latina “*deprimere*” e significa afundar-se ou ficar deprimido. O que é afetado na depressão é o nível vital do ser humano. Esta é uma característica comum entre os pacientes depressivos. A nível de neuroquímica, a influência dos vários fatores causais básicos da depressão converge para a produção de um desequilíbrio na bioquímica cerebral, o que resulta em um desequilíbrio na bioquímica cerebral, com o envolvimento primário de certos sistemas de neurotransmissores, sob a forma de uma perda de atividade do sistema noradrenérgico. Essa perda de atividade do sistema noradrenérgico leva ao desenvolvimento do estado depressivo. Naturalmente, existe também um desequilíbrio de outros sistemas de neurotransmissores, com uma presença variável dos sistemas de neurotransmissores, que variam de paciente para paciente (GÓMEZ-JARABO, 2012).

O desequilíbrio neuroquímico depressivo pode ser consequência da ação de fatores causais tão diversos como a hereditariedade, a situação social e o conflito neurótico. O comportamento humano está organizado numa espécie de laboratório químico cerebral de extraordinária complexidade, cuja regulação é partilhada pelos genes, pelas condições ambientais, pelas experiências, pelos hábitos e pelo funcionamento do organismo (GÓMEZ-JARABO, 2012).

O Manual Estatístico de Diagnóstico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana, Quinta Edição (DSM-5-TR) classifica os transtornos depressivos como transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual e transtorno depressivo devido a outra condição médica. Além disso, os transtornos depressivos podem ser ainda categorizados por especificadores que incluem início periparto, padrão sazonal, características melancólicas, características psicóticas congruentes ou incongruentes com o humor,

sofrimento ansioso e catatonia. A característica comum dos transtornos depressivos é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade funcional do indivíduo. O que difere entre eles são questões de duração, tempo ou etiologia presumida. (HALVERSON, 2023).

Pacientes com transtorno depressivo maior podem não apresentar inicialmente queixa de mau humor, anedonia ou outros sintomas típicos. Na atenção primária, onde muitos pacientes procuram tratamento pela primeira vez, as queixas apresentadas muitas vezes podem ser somáticas (por exemplo, fadiga, dor de cabeça, desconforto abdominal ou alteração de peso). Os pacientes podem queixar-se também de irritabilidade ou dificuldade de concentração do que de tristeza ou mau humor (HALVERSON, 2023).

3.3.1 Alternativas farmacológicas para tratamento de transtornos depressivos

Pela notável capacidade que o álcool possui de produzir sintomatologia semelhante à da depressão e, também, de dificultar a sua identificação, o diagnóstico desta deve ser feito com cautela e de preferência após um período de abstinência. Em geral, a depressão antecede o surgimento da dependência do álcool. Nesse caso, a utilização de antidepressivos é justificada (DIEHL *et al.*, 2019). Uma ampla gama de tratamentos eficazes está disponível para o transtorno depressivo maior. Apenas o tratamento medicamentoso e a psicoterapia (por exemplo, terapia cognitivo-comportamental) por si só podem aliviar os sintomas depressivos. Há também suporte empírico para a capacidade da psicoterapia de prevenir recaídas.

Geralmente, são necessárias 2 (duas) a 12 (doze) semanas com uma dose terapêutica e adesão à terapia para que uma resposta clínica se torne evidente. A escolha da farmacoterapia deve ser orientada pela segurança e tolerabilidade antecipadas, que auxiliam na adesão; familiaridade do médico, que auxilia na educação do paciente e na antecipação de efeitos adversos; e histórico de tratamentos anteriores. Na maioria das vezes, as falhas no tratamento são causadas pela não adesão ao medicamento, duração inadequada da terapia ou dosagem inadequada. De acordo com a diretriz do American College of Physicians (ACP) de 2008 (o lançamento mais recente da diretriz) sobre o uso

de antidepressivos de segunda geração para tratar transtornos depressivos, as preferências do paciente devem ser levadas seriamente em consideração ao escolher o melhor curso de farmacoterapia para pacientes com transtornos depressivos. O paciente pode evitar o uso de um antidepressivo específico se tiver uma experiência anterior negativa com o medicamento. (QASEEM *et al.*, 2008).

A família de medicamentos ou drogas antidepressivas inclui todos aqueles produtos químicos que comprovadamente têm a capacidade de reduzir total ou parcialmente o estado depressivo em um grande grupo de pacientes deprimidos, efeito obtido na maioria das vezes dentro de três a cinco semanas (GÓMEZ-JARABO, 2012). Os antidepressivos são classificados preferencialmente em função da ação farmacológica, mais útil na prática clínica porque os antidepressivos de nova geração não compartilham estruturas comuns. São divididos de acordo com o mecanismo de ação proposto, aumentando a eficiência sináptica da transmissão monoaminérgica (particularmente de neurônios noradrenérgicos e/ou serotoninérgicos) (MORENO *et al.*, 1999).

De acordo com a cronologia de aparecimento do medicamento antidepressivo, distinguem-se os de primeira geração, que são os antidepressivos antigos, os de segunda geração ou intermediários, e os de terceira geração, os mais recentes (GÓMEZ-JARABO, 2012). Acerca dos medicamentos presentes em cada grupo, é possível citar:

- Antidepressivos de primeira geração: a maioria são antidepressivos tricíclicos, como imipramina, desipramina, ciomipramina, amitriptilina e nortriptilina.
- Antidepressivos de segunda geração: grupo bastante heterogêneo devido à sua estrutura química, que inclui, entre outros, maprotilina, mianserina e viloxacina.
- Antidepressivos de terceira geração: fazem parte deste grupo principalmente os Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina (ISRS), trazodona, nefazodona, fluoxetina, fluvoxamina, sertralina, paroxetina e citalopran, além de outros também acrescentados há relativamente pouco tempo, como venlafaxina, reboxetina e mirtazapina.

Para transtorno depressivo comórbido (e, também, para os comórbidos, como transtorno da personalidade e transtorno alimentar que apresentam sintomas depressivos), alguns estudos sugeriram melhora nos sintomas e diminuição das taxas de recaída, com a utilização dos antidepressivos tricíclicos; mas, seus efeitos colaterais produzem altos

índices de abandono (ANDERSON; NUTT; DEAKIN, 1993), de acordo com as informações que são descritas abaixo:

- **Mecanismo de ação:** Embora o mecanismo de ação exato não tenha sido totalmente elucidado, sabe-se que os ADT promovem agudamente aumento na eficiência da transmissão monoaminérgica (e possivelmente GABAérgica), envolvendo os sistemas noradrenérgico e serotoninérgico através do aumento na concentração sináptica de norepinefrina e serotonina por bloqueio de recaptura. Cronicamente os ADT dessensibilizam receptores β_1 adrenérgicos, serotoninérgicos 5-HT₂ e provavelmente 5-HT_{1A} no sistema nervoso central. Os hormônios (como estradiol e progesterona) são substâncias também implicadas na alteração da sensibilidade ou no número de receptores pelos ADT, interferindo na capacidade de ligação da imipramina ao hipotálamo.
- **Contraindicações:** Os ADT estão contraindicados no glaucoma de ângulo fechado. Efeitos na condução cardíaca normalmente não apresentam significado clínico, mas os ADT são contraindicados em bloqueios de ramo esquerdo, bloqueio AV total, alterações na condução intracardíaca e infarto agudo do miocárdio. O eletrocardiograma constitui um método sensível e deve ser solicitado quando se suspeita de alterações cardíacas e em pacientes acima de 50 anos. (MORENO et al., 1999)
- **Efeitos adversos:** Associados ao bloqueio muscarínico, são os mais frequentes e sua intensidade declina com o passar do tempo ou redução do antidepressivo. São eles: boca seca (recomenda-se estimular higiene bucal frequente), visão turva (por dificuldade de acomodação visual), obstipação (em idosos há risco de íleo paralítico) e retenção urinária. Aumento da frequência cardíaca, achatamento da onda T, raramente prolongamento do intervalo PR e aumento do complexo QRS, dose-dependentes e observados em concentrações plasmáticas acima dos níveis terapêuticos; hipotensão postural. Tremores de mãos, sedação (principalmente amitriptilina e maprotilina), latência para lembrar, mioclonias, parestesias, dificuldade para encontrar palavras e gagueira, agitação e hiper

estimulação paradoxal, estados confusionais podem ocorrer em idosos. (MORENO et al., 1999)

- **Síndrome de abstinência ou de descontinuação:** Em um pequeno grupo de pacientes a interrupção abrupta de ADT, principalmente após tratamento prolongado, é acompanhada de uma síndrome de abstinência que ocorre nas primeiras 48 horas após a suspensão do antidepressivo. Os sintomas podem estar relacionados a um efeito rebote de hiperatividade colinérgica. Clinicamente a síndrome se caracteriza por sintomas de mal-estar geral, alterações gastrintestinais (náuseas, vômitos, diarreia), ansiedade, irritabilidade, insônia, sonhos vívidos, movimentos parkinsonianos ou acatisia. Podem ocorrer ataques de pânico, arritmias cardíacas, delirium e menos frequentemente agitação. Recomenda-se a diminuição gradativa da medicação ao longo de algumas semanas. (MORENO et al., 1999)

Há estudos que demonstraram a eficácia de antidepressivos tricíclicos (ADT) e dos inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS) para o tratamento destes pacientes, levando à redução da frequência e severidade das recaídas. (CORNELIUS *et al.*, 2003; ROSSINFOSSE *et al.*, 2000). Segue o perfil farmacológico dos ISRS:

- **Mecanismo de ação:** Os ISRS inibem de forma potente e seletiva a recaptação de serotonina, resultando em potencialização da neurotransmissão serotoninérgica. Embora compartilhem o principal mecanismo de ação, os ISRS são estruturalmente distintos com marcadas diferenças no perfil farmacodinâmico e farmacocinético. A potência da inibição de recaptação da serotonina é variada, assim como a seletividade por noradrenalina e dopamina. (GOODNICK; GOLDSTEIN, 1998)
- **Efeitos adversos:** os efeitos colaterais mais frequentemente relatados são: gastrintestinais (náuseas, vômitos, dor abdominal, diarreia), psiquiátricos (agitação, ansiedade, insônia, ciclagem para mania, nervosismo), alterações do sono, fadiga, efeitos neurológicos (tremores, efeitos

extrapiramidais), perda ou ganho de peso, disfunções sexuais, reações dermatológicas.

- **Sintomas de retirada (descontinuação):** Os sintomas que aparecem na retirada dos ISRS são clinicamente benignos, podem aparecer dentro de 1 a 10 dias após a retirada da medicação (embora no caso da fluoxetina possam aparecer várias semanas depois, em função de seu perfil farmacocinético), e persistir por até 3 semanas. Os sintomas mais frequentes são tonturas, vertigens, ataxia, sintomas gastrintestinais (náuseas e vômitos), sintomas gripais, distúrbios sensoriais (parestesias), alterações de sono (insônia, sonhos vívidos), e sintomas psíquicos (irritabilidade, agitação, ansiedade). Assim como acontece com outras substâncias psicoativas, estes sintomas podem ser o resultado de alterações adaptativas que mais frequentemente envolvem o ajustamento de receptores para compensar a atividade farmacológica da droga (efeito rebote). (GOODNICK; GOLDSTEIN, 1998)

Entre os ADT indicados para tratar depressão associada ao etilismo, citam-se a imipramina e a desipramina, enquanto entre os ISRS estão a sertralina e a fluoxetina (PREUSS *et al.*, 2017).

3.4 Etilismo

3.4.1 Epidemiologia

Segundo o Relatório de Status Global sobre Álcool e Saúde, publicado em 2018, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o consumo de bebida alcoólica no Brasil supera a média mundial e apresenta taxas superiores a mais de 140 países. A OMS ainda alerta que 3,3 milhões de mortes no mundo em 2012 (5,9% do total) foram causadas pelo uso excessivo do álcool. O volume é superior a todas as vítimas causadas por patologias como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e Tuberculose. O consumo de álcool causa morte e incapacidade, relativamente cedo, na vida. Na faixa etária de 20 a

39 anos, aproximadamente 13,5% do total de mortes são atribuíveis ao álcool. A bebida alcoólica pode não só criar dependência, mas também, leva ao desenvolvimento de outras 200 doenças. Além disso, existe uma relação causal entre o uso nocivo do álcool e uma série de transtornos mentais e comportamentais, incluindo a depressão (OPAS, 2021).

Ainda de acordo com a OMS, o consumo médio de álcool por pessoa entre indivíduos com 15 anos ou mais é de cerca de 6,2 litros de álcool puro por ano ou 13,5 g de álcool puro por dia. Levando em consideração que apenas 38% da população mundial consome álcool, os usuários consomem em média 17 litros de álcool puro anualmente. Em 2015, a prevalência global estimada do uso episódico pesado de álcool nos últimos 30 dias foi de 18,3% entre adultos (PEACOCK *et al.*, 2018).

Além disso, há diferenças de gênero relacionadas ao álcool na mortalidade, na morbidade, assim como nos níveis e padrões de consumo de álcool. A porcentagem de mortes atribuíveis ao álcool entre os homens é de 7,7% (mortes globais) em comparação com 2,6% de todas as mortes entre mulheres. O consumo total de álcool per capita em 2010, em litros de puro álcool, entre os consumidores masculinos e femininos em todo o mundo foi, em média, de 19,4 litros para os homens e 7 litros para as mulheres. (OPAS, 2021).

O uso abusivo e crônico de álcool pode causar esteatose hepática, hepatite alcoólica, cirrose alcoólica e câncer de fígado. Enquanto a esteatose hepática e, possivelmente, a fibrose são potencialmente reversíveis com a cessação do consumo de álcool, a cirrose alcoólica pode progredir para descompensação e câncer de fígado, apesar da abstinência. Dos vários fatores responsáveis pela doença hepática, a duração e a quantidade de álcool consumida são os fatores mais importantes. As taxas de mortalidade por cirrose alcoólica são muito próximas das taxas de prevalência do consumo de álcool em todo o mundo (AXLEY *et al.*, 2018).

3.4.2 Aspectos toxicológicos do etanol

Existe uma relação dose-efeito quantitativa entre a concentração de álcool no sangue de uma pessoa e os efeitos farmacológicos produzidos, percebido em mudanças comportamentais e redução da cognição e comprometimento do desempenho psicomotor (BRASIL, 2021).

A via de administração do etanol é geralmente a oral. Se o indivíduo consome a droga com o estômago vazio, a quantidade de álcool absorvida para o sangue é maior e ocorre mais rapidamente em comparação com a ingestão da mesma dose após uma refeição. O esvaziamento do estômago é controlado pelo esfíncter pilórico, que normalmente está quase totalmente fechado, devido à contração tônica do músculo pilórico. Ingerir álcool junto com ou após uma refeição atrasa o esvaziamento gástrico e a absorção no sangue é mais lenta, levando a uma concentração máxima (C_{max}) mais baixa em comparação com beber com o estômago vazio. Adicionalmente, a taxa de absorção do etanol é mais rápida quando o conteúdo do estômago entra no duodeno e no jejuno, devido à maior área de superfície de absorção fornecida pelas vilosidades e microvilosidades do intestino delgado (JONES, 2019).

Após sua absorção pelo sangue venoso portal, o etanol chega ao fígado e passa pela veia hepática até o coração, antes de entrar nos pulmões, retornando ao coração e sendo bombeado por toda a circulação sistêmica e fluidos intra e extracelulares. O equilíbrio do etanol entre o sangue e os fluidos e tecidos extravasculares depende da área, capilaridade local e do fluxo sanguíneo por grama de tecido, ou seja, órgãos e tecidos com alta taxa de fluxo sanguíneo por grama de tecido, como cérebro, fígado e rim, se equilibram rapidamente com a concentração de etanol no sangue arterial (JONES, 2019).

Vale ressaltar também que, em geral, para uma mesma dose de etanol ingerida, se observam maiores concentrações no sangue de mulheres em relação a homens. Isso se dá pelo fato das mulheres possuírem um menor volume de distribuição (VD), o que resulta numa diminuição do metabolismo, gerando conseqüentemente um aumento da biodisponibilidade do etanol (CHAN & ANDERSON, 2014).

A maior parte da quantidade de álcool ingerida é oxidada principalmente no fígado, que contém a maior quantidade de enzimas capazes de metabolizá-lo. Há participação de enzimas e cofatores na metabolização do álcool etílico, como a álcool desidrogenase (ADH), aldeído desidrogenase (ALDH) e o sistema microsômico de oxidação do etanol (MEOS). Os cofatores são NAD e $NADP+O_2$. Na primeira fase da oxidação do etanol, o álcool é transformado em aldeído acético por ação da ADH na presença do cofator NAD⁺. O MEOS, por sua vez, consiste numa segunda via de oxidação do etanol ativada principalmente na presença de quantidades maiores de etanol no organismo.

Na segunda via etapa de metabolização, o aldeído acético é transformado em acetato pela ALDH. Com isso, mais de 90% do álcool absorvido é eliminado pelo fígado;

2 a 5% são excretados sem modificações na urina, suor e respiração (MINCIS & MINCIS, 2011).

Mesmo sob doses moderadas, o indivíduo com comorbidades psiquiátricas tem maiores chances de apresentar desfechos mais sérios em relação a população geral. O álcool não produz seus efeitos centrais ligando-se a um único receptor específico para iniciar suas ações. O etanol atua no Sistema Nervoso Central (SNC) e, quando ingerido em pequenas quantidades, exerce efeitos no sistema de recompensa através dos sistemas opioide e dopaminérgico. Este efeito é mediado pela liberação de dopamina na área tegmental ventral e no núcleo accumbens do sistema límbico em pequena quantidade, causando sensações de bem-estar e euforia (COSTARDI, 2015).

Quando a quantidade de álcool é aumentada, esta altera também os níveis do neurotransmissor ácido gama- aminobutírico (GABA), responsável por inibir a atividade das células nervosas, causando movimentos lentos e fala enrolada. Ao mesmo tempo, inibe os receptores excitatórios do glutamato, e conseqüentemente, deprime o SNC causando um retardamento fisiológico (LARANJEIRA *et al.*, 2000).

O álcool também potencializa os efeitos do GABA agindo diretamente em seus receptores e promovendo seus efeitos inibitórios. Tais efeitos incluem sedação, perda de inibições e relaxamento, e podem estar relacionados à produção de certos neuro esteroides, como a alopregnanolona, que pode ser um mediador destes efeitos no cérebro, pois modulam positivamente receptores, tais como o GABA_A. No caso do uso prolongado de álcool, a regulação negativa do GABA reduz o número dos seus receptores, evento que explicaria o efeito da tolerância ao álcool, ou seja, o fato de os indivíduos necessitarem de doses maiores de álcool para atingir os mesmos sintomas de inibição como obtido anteriormente, com doses menores (COSTARDI *et al.*, 2015).

Nesse contexto do uso prolongado do álcool, os transtornos observados são caracterizados pela perda de controle sobre o consumo do mesmo. Adicionalmente, são acompanhados por mudanças nas regiões do cérebro relacionadas à execução de comportamentos motivados e ao controle do estresse e da emocionalidade (por exemplo, o mesencéfalo, o sistema límbico, o córtex pré-frontal e a amígdala). Os mecanismos de reforço positivo e negativo desempenham papéis importantes com o comportamento de beber individual, sendo mantido por reforço positivo (efeitos recompensadores e desejáveis do álcool, como uma sensação de bem-estar e perda da inibição nos primeiros momentos do seu consumo).

A ação inicial do álcool nos receptores dopaminérgicos causa também uma leve sensação de euforia, relaxamento e prazer. No que diz respeito

aos mecanismos de reforço negativo, o indivíduo busca a droga no objetivo de aliviar estados afetivos e fisiológicos negativos (como atenuar os sintomas da síndrome de abstinência) (KOOB, 2016). Uma eventual suspensão súbita do consumo do álcool leva a perda dos seus efeitos inibitórios e deficiência da estimulação do receptor GABA, o que, por sua vez, resulta na conhecida Síndrome de Abstinência.

A Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA) é uma condição característica entre pessoas etilistas que ocorre após a cessação abrupta, intencional ou não intencional, do consumo pesado/constante de álcool. Em casos mais graves, a SAA complicada inclui crises epiléticas e/ou delirium tremens (DT). Além do GABA, a dopamina é outro neurotransmissor envolvido nos estados de abstinência do álcool. Durante o uso de álcool, o aumento da dopamina influencia positivamente o sistema de recompensa, mantendo assim o abuso. Na abstinência, o aumento dos níveis de dopamina contribui para as manifestações clínicas de hiperexcitação autonômica e alucinações.

Em combinação com aumento de glutamato e norepinefrina, também pode causar prolongamento do intervalo QT em pessoas com epilepsia ativa; isso pode aumentar o risco de morte súbita e inesperada na epilepsia. representa um grupo de sintomas que geralmente surgem 1–3 dias após a última bebida (JESSE *et al.*, 2016). Nos estágios iniciais, os sintomas geralmente ficam restritos a apresentações autonômicas, tremor, hiperatividade, insônia e dor de cabeça. Na abstinência menor, os pacientes sempre têm a orientação intacta e estão totalmente conscientes. Os sintomas começam cerca de 6 horas após a interrupção ou diminuição da ingestão e duram até 4–48 horas (retirada precoce). Alucinações de qualidades visuais, táteis ou auditivas ocorrem enquanto consciente são sintomas de abstinência moderada. Eles podem durar até 6 dias. O aparecimento de convulsões sintomáticas agudas pode surgir 6–48 horas após a última bebida (BEGHI, 2010).

Para avaliar o uso nocivo do álcool, pode ser utilizado um instrumento denominado *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), criado pela OMS. O teste, amplamente utilizado no ambiente clínico e válido em diferentes populações, consiste em uma ferramenta de triagem usada para identificar indivíduos que podem estar em risco de abuso ou dependência de álcool. É uma forma simples e eficaz de avaliar a gravidade do uso de álcool e identificar indivíduos que possam necessitar de avaliação ou tratamento adicional. O AUDIT é composto por 10 (dez) questões que avaliam a frequência e a quantidade de consumo de álcool, bem como a presença de problemas relacionados ao álcool. Ao fazer isso, o teste pode ajudar a identificar a dependência do

álcool e as consequências específicas do consumo nocivo dessa substância psicoativa (BABOR *et al.*, 2001)

3.4.3 Álcool e Farmacoterapia

O uso excessivo de álcool é comum entre indivíduos infectados pelo HIV e seu impacto sobre os comportamentos e o curso da doença tem sido examinado nas últimas duas décadas. A progressão da infecção pelo HIV em seres humanos tem sido definida mais comumente em termos de carga viral, contagem de células CD4, pontos finais clínicos definidores de AIDS (por exemplo, infecções oportunistas) e mortalidade. Dessa forma, contagem de células CD4 e carga viral do HIV são os marcadores biológicos da progressão da doença atualmente (HANH & SAMET, 2010). O uso nocivo de álcool ainda está ligado a muitas facetas da doença do HIV, além da ascensão de riscos sexuais, que vão desde a redução da adesão ao tratamento antirretroviral (TARV), comprometimento do sistema imunológico, interações medicamentosas e hepatotoxicidade (NEUMAN *et al.*, 2006).

De acordo com uma revisão sistemática com metanálise realizada por Duko *et al.*, a prevalência de transtornos por uso de álcool entre pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil está em torno de em 28%. Interessantemente, ao estratificar os resultados por subgrupo de países em desenvolvimento e desenvolvidos, os autores encontraram uma prevalência significativamente maior de transtorno do uso do álcool em países desenvolvidos (42,09%), enquanto uma prevalência comparativamente menor nos países em desenvolvimento (24,52%). A variação entre os países foi estatisticamente significativa (Duki *et al.*, 2019).

Certos medicamentos antirretrovirais, inclusive inibidores da transcriptase reversa não nucleosídeos e os inibidores de protease, são metabolizados pelo sistema do citocromo P450 humano. Há evidências de que o álcool pode afetar o metabolismo desses medicamentos por dois mecanismos diferentes: 1 - indução enzimática associada ao uso crônico de álcool e 2 – inibição enzimática associada ao uso agudo de etanol devido à competição do etanol por várias isoenzimas do citocromo P450. Devido ao fato de vários outros medicamentos serem metabolizados pela via do P450, os usuários crônicos de

álcool podem correr um risco maior de toxicidade e de ineficácia da terapia devido à concentração plasmática inadequada do medicamento (HANH & SAMET, 2010).

3.4.4 Etilismo e Transtornos Depressivos

Segundo a quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), o *American Psychiatric Association* (2013), um transtorno depressivo é primário se não for devido aos efeitos do álcool, implicando que os sintomas depressivos precedem abuso de álcool ou persistem durante os períodos de abstinência. Todas as outras ocorrências de depressão são consideradas secundárias ou induzidas por substâncias.

No que diz respeito à relação entre consumo de álcool e transtornos depressivo, a literatura traz que a depressão pode preceder ou ser precipitada pela dependência do álcool, implicando causalidade. Também pode haver fatores de risco comuns para depressão e dependência de álcool, tais como eventos estressantes, trauma psicológico e vulnerabilidade genética que leva à expressão coexistente (KENDLER *et al.*, 2003; SCHUCKIT, 1986; TAMBS *et al.*, 1997). Observa-se maior ideação suicida e maior risco de tentativa de suicídio em indivíduos etilistas, do que em pessoas sem histórico de etilismo. Segundo Davis *et al.* (2008), indivíduos com transtornos depressivos e dependência química comórbida passam por mais tentativas de suicídio do que os indivíduos não dependentes químicos.

Quanto ao tratamento medicamentoso, se a depressão é um resultado claro do uso de álcool, pode-se questionar se um antidepressivo teria algum impacto terapêutico além do que a abstinência alcançaria. Essa ideia é defendida a partir da perspectiva de que a depressão secundária é uma consequência direta do uso de álcool e, em muitos casos, os sintomas depressivos dissipam-se espontaneamente com a abstinência do álcool (PETTINATI, 2013). Nesses casos, o uso de farmacoterapia antidepressiva provavelmente seria desnecessário, oneroso para o serviço de saúde e para o paciente (GALANTER; KLEBER, 1999).

O desafio de tratar pacientes com transtorno de uso de álcool que estão deprimidos não está relacionado, principalmente, ao manejo de curto prazo, uma vez que a literatura relata, de forma consistente, uma melhora em grande parte dos pacientes, independentemente de suas características e do tratamento fornecido (FOULDS *et al.*,

2015). Porém, os profissionais que atuam nessa área precisam estar cientes de que esses pacientes possuem um ritmo mais lento de melhora. Por isso, ter cautela e tolerância é de extrema importância, sendo que estabelecer uma aliança terapêutica com o paciente deve ser o primeiro passo a ser dado, uma vez que constitui em um dos fatores preditores do sucesso do tratamento (ALVES, 2004).

3.5 Etilismo e transtornos depressivos como barreiras na adesão à TARV

Vários fatores foram associados ou considerados preditivos para abertura de quadro de depressão entre PVHIV. A necessidade de medicação vitalícia, o potencial para comorbidades, a ameaça de mortalidade precoce e a experiência generalizada de estigma social foram todos associados à depressão. As PVHIV que são estigmatizadas sentem ansiedade, alienação, culpa, inutilidade e desamparo, o que contribui para o surgimento do quadro de depressão (HA et al., 2019).

O consumo de álcool tem sido consistentemente associado a uma pior adesão à TARV. De acordo com um estudo realizado na Filadélfia em 2003, já se investigava a possível associação entre o consumo de álcool e a progressão de doenças relacionadas ao HIV bem como a relação dessa questão com a preocupação dos profissionais de saúde em relação ao consumo excessivo de álcool por seus pacientes. Esse estudo foi realizado com 881 veteranos norte-americanos diagnosticados com HIV positivo e, de acordo com suas respostas ao AUDIT, ferramenta em formato de questionário utilizada para rastrear o uso abusivo do álcool, 23% deles apresentavam um padrão de consumo prejudicial de álcool (CONIGLIARO et al., 2003).

Além disso, 12,5% e 66,7% dos pacientes foram identificados por seus profissionais de saúde como consumidores excessivos de álcool no presente ou em algum momento de suas vidas, respectivamente. Os resultados obtidos indicaram que os participantes que consumiam bebidas alcoólicas de maneira prejudicial apresentavam maiores chances de ter uma carga viral detectável ($p < 0,001$). Com base nessas evidências, os pesquisadores ressaltaram que o consumo prejudicial de álcool foi comumente diagnosticado entre os veteranos soropositivos e estava associado ao desenvolvimento de complicações decorrentes da infecção pelo HIV, comorbidades hepáticas (coexistência de doenças no fígado) e anemia (CONIGLIARO et al., 2003).

Hendershot e colaboradores (2009) constataram em uma meta-análise que aqueles que usavam álcool ou bebiam relativamente mais tinham de 50% a 60% menos probabilidade de serem classificados como aderentes a terapia em comparação com aqueles que se abstinham ou bebiam relativamente menos. Outros estudos descobriram uma relação inversa de dose-resposta entre o consumo de álcool e a adesão à TARV, além de uma associação temporal entre episódios de consumo de álcool e doses perdidas. Como a adesão à TARV é um indicador conhecido para o controle do HIV, isso sugere fortemente que a diminuição da adesão é um mecanismo pelo qual o álcool pode aumentar a progressão da doença do HIV (BRAITHWAITE et al., 2005). Essas descobertas salientam a importância de se estudar o controle da adesão à TARV e o seu impacto na progressão da doença do HIV.

Quanto maior a percepção de discriminação social, maior o grau de estigma internalizado, que por sua vez são fatores de risco para a depressão e utilização do álcool e outra substância. São necessárias mudanças sistêmicas e estruturais para reduzir o estigma a nível comunitário para evitar experiências de discriminação, stress e estigma relacionados com o HIV (KAYLEE et al., 2019). O fator psicológico é considerado fundamental na gestão dos pacientes com HIV/AIDS e a psicoterapia deve ser utilizada para auxiliar o paciente frente a todos os aspectos acima relacionados. A terapia, por sua vez, deve ter caráter contínuo focada em especial nos sintomas de ansiedade e depressão. Esses pontos merecem maior atenção uma vez que estão associados à adesão, ao sucesso do tratamento e, em última instância, à qualidade de vida dos pacientes (BETANCUR et al., 2017).

A depressão e o uso de álcool estão intimamente associados em todas as etapas do tratamento contínuo do HIV. Uma meta-análise de 125 estudos que incluíram mais de 18.000 participantes, demonstrou que o uso de substâncias e a depressão foram relatados como barreiras à adesão ao TARV por 15% e 13% dos participantes, respectivamente (SHUBBER et al., 2016). A adesão à terapia medicamentosa torna-se instável em situações como transtornos mentais com curso errático e dinâmico, acarretando falta de doses ou interrupções de tratamento. Por isso, a detecção precoce dessa não-adesão pode prevenir o desenvolvimento de resistência à TARV e falha no tratamento (TUFANO et al., 2015).

No Brasil, ainda há poucos estudos que investigaram o impacto do uso de substâncias ou da depressão na terapia antirretroviral. Partindo desse cenário, Tufano e colaboradores (2015) mostraram em um estudo realizado em São Paulo que os sintomas

depressivos estiveram relacionados com a presença de padrões de omissão de doses, não adesão ao tratamento antirretroviral e falha virológica.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

Foi desenvolvido um estudo quantitativo da adesão ao tratamento farmacológico por pacientes atendidos em um centro de referência em Salvador/BA, baseando-se no método de pesquisa descritivo de delineamento transversal. Os participantes serão do Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (CEDAP). O CEDAP é definido como uma Unidade de Dispensação de Medicamentos (UDM) antirretrovirais para tratamento de PVHIV e para PrEP (Profilaxia Pré Exposição), fornecendo também fórmula láctea para crianças expostas à transmissão vertical do HIV, acompanhadas na Unidade.

Foram aplicadas técnicas padronizadas de coleta de dados para a obtenção das informações, a exemplo da entrevista estruturada. No momento da coleta, foi apresentado ao paciente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, após o aceite do mesmo, um questionário contendo perguntas relacionadas às suas características sociodemográficas seguidas das ferramentas para avaliação do uso nocivo do álcool e adesão à terapia medicamentosa.

A amostragem foi por conveniência. Para otimizar o processo, anterior à primeira etapa do estudo, foi realizada uma triagem de pacientes a partir das informações registradas em prontuário, com a supervisão da equipe de saúde responsável pelo Centro, onde foi levado em consideração os critérios de inclusão e exclusão, como tempo de uso dos medicamentos. O CEDAP utiliza o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), para gerenciamento logístico dos medicamentos antirretrovirais. O sistema eletrônico permite que o Ministério da Saúde se mantenha atualizado em relação ao fornecimento de medicamentos aos pacientes em TARV, em todo o Brasil.

Além disso, as informações são utilizadas para o controle dos estoques e da distribuição dos ARV, assim como para a obtenção de informações clínico-laboratoriais dos pacientes e uso de diferentes esquemas terapêuticos (BRASIL, 2022). O paciente que atendeu aos critérios de inclusão prosseguiu para as etapas seguintes.

Primeira etapa: Foi feita uma caracterização de dados sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, escolaridade, ocupação e renda familiar); hábitos de vida (tabagismo,

consumo de bebida alcoólica, atividade física e religiosidade), através de um questionário estruturado. Os indivíduos que se enquadraram nos critérios de inclusão foram encaminhados para a próxima etapa.

Segunda etapa: Para avaliar o uso nocivo do álcool, foi utilizado o Teste de Identificação de Transtornos por Uso de Álcool (AUDIT), que se baseia em um questionário de 10 itens, com itens pontuados em uma escala de 0 a 4 que se somam. Quanto mais altos os valores da soma, maior o consumo de álcool ou maior os problemas associados ao uso de álcool (MENESES-GAYA *et al.*, 2009). Para avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso com antidepressivos, foi utilizado o teste de Morisky-Green, que consiste em quatro perguntas. A caracterização por “aderente” através da Escala de Adesão de Morisky-Green se dá por uma escala psicométrica com quatro itens aos quais os entrevistados respondem de forma dicotômica (sim/não), assim considera-se que um SIM equivale a 0 (zero) ponto, enquanto um NÃO equivale a 1 (um) ponto. (MORISKY *et al.*, 1986). Desse modo, os pacientes podem ser classificados como aderentes (pontuação igual a 4) ou não aderentes (pontuação entre 0 e 3).

Para a adesão à Terapia Antirretroviral (TARV), foi utilizado o Questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral (do espanhol *Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral* - CEAT-VIH), adaptado para o português por Remor *et al.*, (2007). O CEAT-VIH é um instrumento de autorrelato com 20 (vinte) perguntas que em seu conjunto avaliam o grau de adesão ao tratamento antirretroviral, classificando o paciente como aderente e não aderente, a depender da pontuação atingida. Foram coletados dados de um total de 40 pacientes que se enquadram nos critérios de inclusão.

Quanto aos critérios de inclusão, participaram do estudo pessoas entre 18 e 59 anos que viviam com HIV/AIDS e faziam uso da Terapia Antirretroviral, visto que a maior concentração de casos está entre os jovens de 25 a 39 anos de ambos os sexos, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2020), em qualquer dosagem, por pelo menos 30 (trinta) dias; pacientes que aceitaram participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em contrapartida, foram excluídos os pacientes incapazes de consentir, com diagnóstico primário de demência ou deficiência intelectual e aqueles que iniciaram a terapia medicamentosa no momento da entrevista.

4.1 Aspectos éticos

O presente estudo foi devidamente submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado da Bahia, respeitando o dispositivo estabelecido na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Número do Parecer (CEP):

6.201.094. Vale ressaltar que os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4.2 Análise dos dados

O presente estudo desenvolvido foi feito com apoio do software R, versão 4.3.1 (R CORE TEAM, 2024). O método estatístico deste trabalho foi análise de regressão linear múltipla (Hair et al., 2019), e o nível de significância adotado foi de 95%. Foram entrevistados 40 pacientes.

Para a análise de regressão, a variável dependente foi obtida a partir do cálculo do escore do Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH). O resultado foi calculado a partir da somatória dos resultados contidos no formulário. Já para as variáveis independentes, usadas para avaliar o modelo, foram utilizadas as respostas obtidas no questionário sociodemográfico, Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) e Morisky-Green.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1) Perfil Sociodemográfico

Tabela 1: Perfil sociodemográfico dos participantes do estudo

Variável	Categoria	n	Prevalência (%)
Sexo	Masculino	24	60,0
	Feminino	16	40,0
Raça	Preta	22	55,0
	Parda	11	27,5
	Branca	07	17,5
Escolaridade	Superior Completo ou mais	10	25,0
	Superior Incompleto	01	10,0
	Ensino Médio Completo	18	45,0
	Ensino Fundamental Completo	04	10,0
	Ensino Médio Incompleto	04	10,0
Orientação Sexual	Homossexual/Gay/Lésbica	18	45,0
	Hétero	19	47,5
	Bissexual	03	7,5
Religião	Catolicismo	12	30,0
	Protestantismo	12	30,0
	Religião de Matriz Africana	05	12,5
	Sem religião	09	22,5
Renda Familiar Mensal	1-5 salários mínimos	31	77,5
	Mais de 5 salários mínimos	05	12,5
	Menor que 1 salário mínimo	04	10,0
Identidade de Gênero	Cisgênero	39	97,5
	Transgênero	01	2,5
Estado Civil	Solteiro (a)	31	77,5
	Casado (a)	07	17,5
	Divorciado (a)	01	2,5
	Viúvo	01	2,5

Os dados coletados abrangem diversas variáveis importantes. A idade dos pacientes varia amplamente, com idades entre 17 e 61 anos. Em relação ao sexo ao nascimento, 60% dos participantes são femininos e 40% masculinos. Quanto à identidade de gênero, a maioria se identifica como cisgênero (97,5%), com uma pequena porcentagem se identificando como transgênero (2,5%). A raça dos participantes é diversificada: 55% se identificam como pardos, 27,5% como pretos e 17,5% como brancos. Em termos de orientação sexual, 47,5% se identificam como heterossexuais, 45% como homossexuais (gay ou

lésbica) e 7,5% como bissexuais.

O estado civil mostra que 77,5% dos participantes são solteiros, seguido por 17,5% de casados, 2,5% de divorciados e 2,5% viúvos. Em relação à ocupação, 47,5% possuem emprego formal, 22,5% estão desempregados, 15% têm emprego informal (autônomo), 10% são estudantes, 5% são aposentados e 2,5% recebem benefícios do INSS. A escolaridade dos participantes varia, com 45% tendo completado o ensino médio, 25% com ensino fundamental incompleto, 10% com ensino fundamental completo, 10% com ensino superior incompleto e 10% com ensino superior completo ou mais. A renda familiar é majoritariamente entre 1 a 5 salários mínimos (77,5%), com 12,5% ganhando mais de 5 salários mínimos e 10% ganhando menos de 1 salário mínimo.

Os resultados encontrados convergem com dados epidemiológicos recentes do Ministério da Saúde do HIV sobre população brasileira. De acordo com o Panorama Epidemiológico e Respostas ao HIV e à AIDS em 2023, entre as populações chave e prioritárias, a prevalência é significativamente maior entre gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), com prevalências de 18,4% (maiores de 18 anos) e 9,4% (entre 18 e 24 anos), enquanto pessoas que usam drogas têm uma prevalência de 16,9%. Já mulheres trans e travestis têm prevalências variando de 36,7% (máxima) a 5,3% (mínima); mulheres cis trabalhadoras do sexo têm uma prevalência de 6,9% (BRASIL, 2023).

Sobre a saúde mental, 80% dos participantes não possuem diagnóstico de transtorno mental, enquanto 20% são diagnosticados principalmente por transtornos de depressão e ansiedade. Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, 40% dos participantes consomem álcool, com variações no tempo de consumo. Em relação ao uso de substâncias psicoativas, 71,8% já fizeram uso em algum momento da vida, 15,4% não fizeram e 12,8% fazem uso atualmente.

O resultado da análise de regressão linear múltipla pode ser observado na Tabela 1. O modelo encontrado foi significativo com P-valor $< 0,05$ e $R^2 = 0,9275$ indicando um bom ajuste do modelo, isso demonstra que 92,75% da variabilidade do escore é explicada pelas variáveis independentes do modelo. Apesar do modelo apresentar algumas variáveis independentes não significativas (como por exemplo “Idade”), estas foram imprescindíveis para o melhor ajuste do modelo.

No que diz respeito ao resultado do modelo, nota-se que as pessoas que dividiam moradia têm uma pontuação negativa de 7,67, no escore, juntamente com quem não pratica exercícios físicos, com 6,84. Entretanto, o modelo de regressão linear revela que as pessoas que já fizeram uso de terapia antirretroviral superior a 5 anos tendem a apresentar

maior escore de adesão à escala CEAT-VIH.

Tabela 2: Regressão múltipla entre o escore do CEAT-VIH (Adesão aos antirretrovirais), e as variáveis independentes.

Variáveis	Coefficientes	Erro Padrão	Teste	P-Valor
Intercept	61,94	6,24	9,91	<0,001
Idade	0,09	0,06	1,51	1,000
Divide o domicílio? (Sim, moro com alguém)	-7,67	1,87	-4,08	<0,001
Prática atividade física? (Não)	-6,84	1,18	-3,72	<0,001
Possui diagnostico de transtorno mental? (Sim)	2,56	2,73	0,93	1,000
Fez ou faz uso de alguma substância psicoativas? (Não)	0,38	1,9	0,20	1,000
Faz uso de qual Terapia Antirretroviral? (>5 anos)	5,31	1,17	4,51	<0,001
Com que frequência consome bebidas que contém álcool? (vezes por semana)	-2,18	1,31	-1,66	1,000

Fonte: Próprio autor. Ajuste do modelo: $R^2 = 0,9275$; P-valor < 0,021.

A análise estatística sugere que não há uma relação significativa ($P = 1,000$) entre o consumo de álcool e a adesão à terapia antirretroviral (TARV), contrastando com os achados de que pessoas com maior consumo de álcool tendem a ter uma adesão mais baixa (MESQUITA *et al.*, 2018).

As variáveis sociodemográficas (como sexo, escolaridade e situação financeira), também desempenham um papel importante na adesão à TARV. O presente estudo aponta que essas variáveis podem explicar uma parte significativa da variabilidade na adesão, indicando que intervenções devem ser adaptadas às características específicas da população (CABRAL *et al.*, 2022).

Os resultados reforçam a necessidade de intervenções que abordem tanto o consumo de álcool quanto a adesão ao tratamento. A identificação de grupos vulneráveis, como aqueles com maior tempo de diagnóstico e uso de TARV, pode ajudar a direcionar recursos e estratégias de apoio (PERAZZO & WEBEL, 2017).

5.2) Uso nocivo do álcool e outras substâncias psicoativas

Para identificar a possibilidade de uso nocivo do álcool nessa população, foi utilizado o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a identificação de pessoas com consumo prejudicial de álcool e transtornos relacionados ao uso de álcool. De acordo com os dados encontrados neste estudo, é importante destacar que, no que diz respeito à

frequência de consumo: A maioria dos pacientes (68,4%) consome bebidas alcoólicas de 2 a 4 vezes por mês, enquanto 21,1% consomem de 2 a 3 vezes por semana. Esse achado é consistente com outros estudos que mostram uma alta prevalência de consumo de álcool entre pessoas vivendo com HIV (PVHIV), que frequentemente relatam padrões de consumo semelhantes (MESQUITA *et al.*, 2020). Em termos de quantidade consumida, 57,9% não consomem bebidas alcoólicas em um dia normal (dia útil), e 26,3% consomem apenas uma bebida, o que sugere um consumo de leve a moderado. De acordo com Mesquita (2020), mesmo o consumo considerado não nocivo de álcool por PVHIV está relacionado com a queda da adesão ao seu tratamento medicamentoso. 52,6% nunca consomem seis ou mais bebidas em uma única ocasião, e 21,1% fazem isso menos de uma vez por mês.

Considerando o que já se encontra na literatura sobre o consumo de álcool e outras substâncias psicoativas entre PVHIV, é possível relacioná-lo de forma direta com os resultados do presente estudo, visto que os resultados também indicam problemas de adesão ao tratamento medicamento de uma maneira geral. É importante destacar que, para este estudo especificamente, o questionário de Morisky-Green visou avaliar somente a adesão de medicamentos antidepressivos.

O fato de 36,4% dos pacientes admitirem serem descuidados pode ser influenciado pelo uso de medicamentos antidepressivos. O consumo de substâncias psicoativas pode levar a um estado mental alterado, resultando em negligência em relação à saúde e ao tratamento.

A literatura sugere que o uso de álcool entre PVHIV está relacionado a comportamentos de risco e à falha na adesão ao tratamento, o que pode ser um reflexo do descuido (MOITRA *et al.*, 2020; WILLIAMS *et al.*, 2017). A relação com o uso de substâncias pode ser complexa; aqueles que consomem álcool ou outras drogas podem ter uma percepção distorcida sobre sua saúde e a necessidade de continuar o tratamento, especialmente se o uso de substâncias estiver associado a um alívio temporário dos sintomas (OMEJE *et al.*, 2018). O uso de substâncias psicoativas pode exacerbar esses sentimentos, levando a uma maior dificuldade em lidar com os efeitos colaterais dos medicamentos antirretrovirais. Além disso, a relação entre o consumo de álcool e a saúde mental pode influenciar a capacidade do paciente de enfrentar os desafios do tratamento (SANTOS *et al.*, 2018)

5.3) Adesão à Terapia Antirretroviral

Para avaliar a adesão dos medicamentos antirretrovirais na população

entrevistada, foi utilizado o *Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH)*, já validado em populações brasileiras. Vale ressaltar que as perguntas que compõem esse questionário abordam diferentes aspectos da adesão ao tratamento, incluindo a frequência com que os pacientes tomam seus medicamentos, as dificuldades que enfrentam, e fatores que podem influenciar sua capacidade de seguir o regime de tratamento.

No que diz respeito à adesão aos antirretrovirais propriamente dita, 48,6% nunca deixou de tomar a medicação, enquanto 45,9% relataram ter deixado de tomar alguma vez. Apenas uma pequena porcentagem (2,7%) deixou de tomar mais da metade das vezes. Relacionado a um sentimento de bem-estar, 91,9% dos pacientes nunca deixaram de tomar a medicação quando se sentiram melhor, indicando alta adesão mesmo em momentos de melhora. A alta adesão prevalece também mesmo na presença de efeitos adversos ligados à TARV, visto que 83,8% dos pacientes nunca deixaram de tomar os medicamentos mesmo se sentindo pior após tomá-los, mostrando um compromisso significativo com o tratamento. A relação com os médicos é considerada boa por 95% dos pacientes, o que pode influenciar positivamente na adesão ao tratamento.

Esses pontos destacam uma adesão geral positiva ao tratamento antirretroviral entre os pacientes, com um forte compromisso em seguir as recomendações médicas, mesmo diante de desafios.

Os dados do presente estudo realizado em Salvador apresentam algumas semelhanças e divergências em relação aos estudos discutidos anteriormente, que também utilizaram o CEAT-VIH. Cabral e colaboradores, por exemplo, encontrou uma taxa de adesão regular considerável (41,1%) demonstrando um certo compromisso com o tratamento, mesmo diante de desafios. A observação de que no presente estudo 91,9% dos pacientes nunca deixaram de tomar a medicação quando se sentiram melhores reflete a tendência observada nos referidos trabalhos. A adesão mantida independentemente do estado de saúde percebido demonstra consciência por parte dos pacientes da importância de continuar o tratamento (CABRAL *et al.* 2021). Ainda de acordo com os autores, relação com profissionais de saúde é um fator também destacado como um determinante positivo para a adesão ao tratamento. A comunicação eficaz e o suporte emocional são também frequentemente associados a melhores resultados de adesão (CABRAL *et al.*, 2022).

Além disso, o contexto social e cultural pode influenciar significativamente nos resultados. De acordo com Oliveira e colaboradores (2020), as diferenças nos contextos culturais e sociais entre as diferentes localidades onde os estudos são realizados podem

influenciar as percepções e comportamentos em relação à adesão ao tratamento. Fatores como estigma, suporte social e acesso a cuidados de saúde podem variar e impactar os resultados (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Esses resultados sugerem a necessidade de intervenções para melhorar a adesão ao tratamento, como educação sobre a importância da continuidade do uso dos medicamentos e estratégias para lembrar os pacientes de tomá-los regularmente. No presente estudo, por exemplo, 37,5% relataram que utilizam alarme no celular como forma de se lembrar da ingestão do medicamento. É importante considerar as limitações do estudo, como a natureza transversal da pesquisa, que impede a determinação de relações causais. Além disso, a inclusão apenas de indivíduos que comparecem às consultas pode introduzir um viés, limitando a generalização dos resultados

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo revelam uma população predominantemente masculina, cisgênero, preta ou parda, com alta adesão ao tratamento antirretroviral, apesar de desafios como transtornos mentais e uso de substâncias psicoativas. A diversidade em termos de idade, raça, orientação sexual e estado civil destaca a necessidade de abordagens personalizadas. A alta adesão ao tratamento, mesmo diante de efeitos adversos, reflete um compromisso significativo dos pacientes, influenciado positivamente pela boa relação com os profissionais de saúde. Esses achados ressaltam a importância de intervenções focadas na educação sobre a continuidade do tratamento e estratégias para melhorar a adesão, considerando o impacto do consumo de álcool e outras substâncias na saúde mental e na capacidade de seguir o regime terapêutico.

REFERÊNCIAS

American Journal of Psychiatry. **Practice guideline for the treatment of patients with depressive disorder**. APA; 2013.

ALVES, H.; KESSLER, F.; RATTO, L.R.C.. Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S.L.], v. 26, n. 1, p. 51-53, maio 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44462004000500013>.

ANDERSON, I.M.; FERRIER, I.N.; BALDWIN, R.C.; COWEN, P.J.; HOWARD, L.; LEWIS, G; MATTHEWS, K; MCALLISTER-WILLIAMS, R.H.; PEVELER, R.C.; SCOTT, J. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2000 british association for psychopharmacology guidelines. **Journal Of Psychopharmacology**, [S.L.], v. 22, n. 4, p. 343-396, 15 abr. 2008. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0269881107088441>.

AUDIT : the Alcohol Use Disorders Identification Test : guidelines for use in primary health care. www.who.int. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MSB-01.6a>>.

AXLEY, Page D.; RICHARDSON, Crit Taylor ; SINGAL, Ashwani K. Epidemiology of Alcohol Consumption and Societal Burden of Alcoholism and Alcoholic Liver Disease. **Clinics in Liver Disease**, v. 23, n. 1, p. 39–50, 2019.

BABOR, Thomas; HIGGINS-BIDDLE, John; SAUNDERS, John; *et al.* **The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care**. [s.l.: s.n., s.d.]. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/W?sequence=1>>.

BAHIA. SECRETARIA DE SAÚDE. **Boletim Epidemiológico HIV/ Aids. Bahia, No 01 - 2021**. AIDS - SESAB. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/Boletim_HIV_Aids_No01_2021.pdf>.

BAHIA. SECRETARIA DE SAÚDE. **Rede de Atenção Psicossocial. Sesab** - Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/rede-de-atencao-psicossocial/>>.

BANGSBERG, David R. Less than 95% adherence to nonnucleoside reverse-transcriptase inhibitor therapy can lead to viral suppression. **Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America**, v. 43, n. 7, p. 939–941, 2006. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16941380/>>. Acesso em: 9 jan. 2021.

BEGHI, Ettore; CARPIO, Arturo; FORSGREN, Lars; *et al.* Recommendation for a definition of acute symptomatic seizure. **Epilepsia**, v. 51, n. 4, p. 671–675, 2010.

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, n. 2, p. 279–289, 2012.

BENZAKEN, Adele S.; PEREIRA, Gerson F. M.; COSTA, Lendel; *et al.* Antiretroviral treatment, government policy and economy of HIV/AIDS in Brazil: is it time for HIV cure in the country? **AIDS Research and Therapy**, v. 16, n. 1, 2019.

BETANCUR, Mónica Narváez; LINS, Liliane; OLIVEIRA, Irismar Reis de; *et al.* Quality of life, anxiety and depression in patients with HIV/AIDS who present poor adherence to antiretroviral therapy: a cross-sectional study in Salvador, Brazil. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 21, n. 5, p. 507–514, 2017.

BRASIL, CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução CFF nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 set. 2013 – Seção 1, p.186. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2021

BRASIL, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas.** Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/29540-2013-pesquisa-nacional-desau.html?edicao=9161&t=resultados>. Acesso em: 17 nov. 2022.

BRASIL, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal.** Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-desau.html?edicao=29270&t=resultados>. Acesso em: 17 nov. 2022.

BRASIL, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **PNS 2019: Cai o consumo de tabaco, mas aumenta o de bebida alcoólica.** Agência de notícias. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29471-pns-2019-cai-o-consumo-de-tabaco-mas-aumenta-o-de-bebida-alcoolica>>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2020.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das IST do HIV/Aids e das Hepatites Virais, 2020

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Depressão: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção.** Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-az/depressao>. Acesso em: 17 nov. 2022.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo hiv em adultos e crianças**, 4ª edição. Brasília, 2017. Acessível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/dezembro/27/>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (org.). **Panorama Epidemiológico e Respostas ao HIV e à AIDS em 2023.** Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/novembro/arquivos/30-11-23_apresentacao_hiv_aids_final.pdf. Acesso em: 01 out. 2024.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE/SNVS. **Portaria nº344 de 12 de maio de 1998** Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 31 de dez. de 1998.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil.** Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 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** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

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. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 Disponível em: http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/64484/pcdt_adulto_12_2018_web.pdf?file=1&type=node&id=64484&force=1

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom).** Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/indicadores-epidemiologicos/sistemas-de-informacao/siclom>. Acesso em: 15 fev. 2023.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Tratamento**. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Disponível em: <<https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/hiv-aids/tratamento>>.

CABRAL, Juliana da Rocha; CABRA, Luciana da Rocha; MORAES, Danielle Chianca de Andrade; *et al.* FATORES ASSOCIADOS À AUTOEFICÁCIA E À ADESÃO DA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EM PESSOAS COM HIV: TEORIA SOCIAL COGNITIVA. **Ciência, Cuidado & Saúde**, v. 20, 2021. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612021000100250>. Acesso em: 16 nov. 2023.

CABRAL, Juliana da Rocha; MORAES, Danielle Chianca de Andrade; FREIRE, Daniela de Aquino; *et al.* Nursing assistance and adherence to antiretroviral therapy / Assistência de enfermagem e adesão à terapia antirretroviral. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 14, p. 1–7, 2022.

CABRAL, Juliana; DE ANDRADE MORAES, Danielle Chianca; DA ROCHA CABRAL, Luciana; *et al.* ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EM MULHERES: INFLUÊNCIA DO PERFIL CLÍNICO E COMPORTAMENTAL DE SAÚDE. **Ciencia y Enfermería**, v. 27, 2021.

CALIARI, Juliano de Souza; TELES, Sheila Araujo; REIS, Renata Karina; *et al.* Factors related to the perceived stigmatization of people living with HIV. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, n. 0, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/J5KGFQ9Dckq5fNQgd5Nm5cr/?format=pdf&lang=p>t>. Acesso em: 27 jul. 2021.

CHAN, Lingtak-Neander; ANDERSON, Gail D. Pharmacokinetic and Pharmacodynamic Drug Interactions with Ethanol (Alcohol). **Clinical Pharmacokinetics**, v. 53, n. 12, p. 1115–1136, 2014.

CONIGLIARO, Joseph; GORDON, Adam J; MCGINNIS, Kathleen A; *et al.* How Harmful Is Hazardous Alcohol Use and Abuse in HIV Infection: Do Health Care Providers Know Who Is at Risk? v. 33, n. 4, p. 521–525, 2003.

COSTA, Christefany Régia Braz; MELO, Elizabete Santos; ANTONINI, Marcela; *et al.* Associação entre fatores sociodemográficos e comportamentais com a síndrome metabólica em pessoas vivendo com HIV. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019.

COSTA, Jessica de Mattos; TORRES, Thiago Silva; COELHO, Lara Esteves; *et al.* Adherence to antiretroviral therapy for HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean: Systematic review and meta-analysis. **Journal of the International AIDS Society**, v. 21, n. 1, p. e25066, 2018.

COSTARDI, J.V.V. *et al.* A review on alcohol: from the central action mechanism to

chemical dependency. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 61, n. 4, p. 381-387, Aug. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302015000400381&lng=en&nrm=iso>. access on 07 Apr. 2021. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.61.04.381>.

CORNELIUS, J.R.; BUKSTEIN, O., SALLOUM, I., CLARK, D. Alcohol and psychiatric comorbidity. **Recent Dev Alcohol**. 2003;16:361-74

CROCKETT, Kaylee B.; KALICHMAN, Seth C.; KALICHMAN, Moira O.; *et al.* Experiences of HIV-related discrimination and consequences for internalised stigma, depression and alcohol use. **Psychology & Health**, v. 34, n. 7, p. 796–810, 2019.

DAVIS, L.; UEZATO, A.; NEWELL, J.M.; FRAZIER, E.. Major depression and comorbid substance use disorders. **Current Opinion In Psychiatry**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 14-18, jan. 2008. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/yco.0b013e3282f32408>

DEGROOTE, Sophie; VOGELAERS, Dirk; VANDIJCK, Dominique M. What determines health-related quality of life among people living with HIV: an updated review of the literature. **Archives of Public Health**, v. 72, n. 1, 2014.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D.C.; LARANJEIRA, R. (org.). **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 576 p.

DIMITROPOULOS, E.; BERTUCCI, S.; WONG, K.. Integration of a clinical pharmacy specialist into a substance use disorder intensive outpatient treatment program to improve prescribing rates of alcohol use disorder pharmacotherapy. **Substance Abuse**, [S.L.], v. 39, n. 2, p. 190-192, 20 mar. 2018. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/08897077.2018.1449172>

DUKO, Bereket; AYALEW, Mohammed ; AYANO, Getinet. The prevalence of alcohol use disorders among people living with HIV/AIDS: a systematic review and meta-analysis. **Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy**, v. 14, n. 1, 2019.

FACKLER, Oliver T.; ALCOVER, Andres ; SCHWARTZ, Olivier. Modulation of the immunological synapse: a key to HIV-1 pathogenesis? **Nature Reviews Immunology**, v. 7, n. 4, p. 310–317, 2007.

FERREIRA BIZ, Carla Vanessa Do Nascimento; DA SILVA, Daniele Candido; CHAMBELA, Mayara Da Costa; *et al.* A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO NA SAÚDE MENTAL. **Semioses**, v. 12, n. 4, p. 145–162, 2018.

FOULDS, J.A.; ADAMSON, S.J.; BODEN, J.M.; WILLIMAN, J.A.; MULDER, R.T.. Depression in patients with alcohol use disorders: systematic review and meta-analysis of outcomes for independent and substance-induced disorders. **Journal Of Affective Disorders**, [S.L.], v. 185, p. 47-59, out. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.024>.

GALANTER, M.; KLEBER, H.D. Textbook of Substance Abuse Treatment, 2nd ed. Washington, DC: **American Psychiatric Press**, 157–158, 1999.

GARCIA, L.P.S; ZILA M.. Consumo de álcool durante a pandemia da COVID-19: uma reflexão necessária para o enfrentamento da situação. **Cadernos de Saúde Pública**

[online]. 2020, v. 36, n. 10. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00124520>>. Epub 26 Out 2020. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00124520>.

GOODNICK, P.J.; GOLDSTEIN, B.J. Selective serotonin reuptake inhibitors in affective disorders — I. Basic pharmacology. **Journal Of Psychopharmacology**, [S.L.], v. 12, n. 4, p. 5-20, jul. 1998. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0269881198012003021>

GOLDSTEIN, B.J.; GOODNICK, P.J. Selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of affective disorders—III. Tolerability, safety and pharmacoeconomics. **Journal Of Psychopharmacology**, [S.L.], v. 12, n. 4, p. 55-87, jul. 1998. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/0269881198012003041>

GREGORIO Á GÓMEZ-JARABO. **Bases farmacológicas de la conducta : II farmacología de los trastornos metales y conductuales**. [s.l.]: Madrid Síntesis, 2012.

HAHN, Judith A. ; SAMET, Jeffrey H. Alcohol and HIV Disease Progression: Weighing the Evidence. **Current HIV/AIDS Reports**, v. 7, n. 4, p. 226–233, 2010.

Hair, J. F., et al. (2019). *Análise multivariada de dados*. 7ª ed. Porto Alegre: Bookman

HALEY, S.J.; PINSKER, E.A.; GEROULD, H.; WISDOM, J.P.; HAGEDORN, H.J.. Patient perspectives on alcohol use disorder pharmacotherapy and integration of treatment into primary care settings. **Substance Abuse**, [S.L.], v. 40, n. 4, p. 501-509, 4 mar. 2019. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/08897077.2019.1576089>.

KOOB, G.F.; VOLKOW, N.D. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. **The Lancet Psychiatry**, [S.L.], v. 3, n. 8, p. 760-773, ago. 2016. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)00104-8](http://dx.doi.org/10.1016/s2215-0366(16)00104-8).

HALVERSON, Jerry L. **Depression: Practice Essentials, Background, Pathophysiology**. Medscape.com. Disponível em: <<https://emedicine.medscape.com/article/286759-overview>>. Acesso em: 17 set. 2023.

HA, Toan; SCHENSUL, Stephen L.; IRVING, Mitchell; *et al.* Depression Among Alcohol Consuming, HIV Positive Men on ART Treatment in India. **AIDS and Behavior**, v. 23, n. 6, p. 1623–1633, 2018.

HENDERSHOT, Christian S; STONER, Susan A; PANTALONE, David W; *et al.* Alcohol Use and Antiretroviral Adherence: Review and Meta-Analysis. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 52, n. 2, p. 180–202, 2009.

KENDLER, K.S.; PRESCOTT, C.A.; MYERS, J.; NEALE, M.C. The Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for Common Psychiatric and Substance Use

Disorders in Men and Women. **Archives Of General Psychiatry**, [S.L.], v. 60, n. 9, p. 929, 1 set. 2003. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.60.9.929>.

JESSE, S.; BRÅTHEN, G.; FERRARA, M.; *et al.* Alcohol withdrawal syndrome: mechanisms, manifestations, and management. **Acta Neurologica Scandinavica**, v. 135, n. 1, p. 4–16, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6084325/>.

JI, Nam-Ju ; HONG, Yeon-Pyo. Effect of income level on adherence to antidepressant treatment in first onset depression outpatients. **PLoS ONE**, v. 15, n. 9, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7482912/#:~:text=A%20statistically%20significant%20association%20was>. Acesso em: 17 maio 2021.

JONES, Alan W. Alcohol, its absorption, distribution, metabolism, and excretion in the body and pharmacokinetic calculations. **Wiley Interdisciplinary Reviews: Forensic Science**, v. 1, n. 5, 2019. Disponível em: <https://wires.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/wfs2.1340>.

KENDLER, K.S.; PRESCOTT, C.A.; MYERS, J.; NEALE, M.C. The Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for Common Psychiatric and Substance Use Disorders in Men and Women. **Archives Of General Psychiatry**, [S.L.], v. 60, n. 9, p. 929, 1 set. 2003. American Medical Association (AMA). <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.60.9.929>.

LACERDA, C.B.; FUENTES-ROJAS, M.. Meanings attributed to Psychosocial Care Center – Alcohol and Other Drugs (CAPS AD) by its users: a case study. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61):363-72.

LARANJEIRA, R., *et al.* Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 62-71, June 2000. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000200006&lng=en&nrm=iso. access on 06 May 2021. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000200006>.

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. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/d4kmGvjwkZHfJJ9B8nM4GrD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 out. 2021.

LUSTOSA, Maria Alice; ALCAIRES, Juliana; CAMARGO, Josie. Adesão do paciente ao tratamento no Hospital Geral. **Revista da SBPH**, v. 14, n. 2, p. 27–49, 2011.

MENESES-GAYA, C., *et al.* Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): An updated systematic review of psychometric properties., **Psychology & Neuroscience**, v. 2, n. 1, p. 83–97, 2009.

MESQUITA, Alanis Lisboa; SANTOS MELO, Elizabete; BRAZ, Régia; *et al.* Consumo de álcool em pessoas vivendo com HIV e suas implicações para os desfechos clínicos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 22, 2020.

MINCIS, Moyses; MINCIS, Ricardo. Álcool e o fígado. **GED gastroenterol. endosc. dig.**, p. 152–162, 2011. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-678921>>. Acesso em: 15 dez. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - BRASIL. **Situações Agudas - Transtornos Por Uso De Álcool No Adulto.** linhasdecuidado.saude.gov.br. Disponível em: <<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/transtornos-por-uso-de-alcool-no-adulto/situacoes-agudas/>>.

MOITRA, Ethan; ANDERSON, Bradley J.; HERMAN, Debra S.; *et al.* Examination of using alcohol to cope, depressive symptoms, and perceived social support in persons with HIV and Hepatitis C. **AIDS Care**, v. 32, n. 10, p. 1238–1245, 2020.

MORENO, R.A.; MORENO, D.H.; SOARES, M.B.M. Psicofarmacologia de antidepressivos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 24-40, May 1999. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500006&lng=en&nrm=iso>. Access on 14 Apr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000500006>.

MORISKY, D.E.; GREEN, L.W.; LEVINE, D.M.. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Med Care**. 1986 Jan;24(1):67-74. doi: 10.1097/00005650-198601000-00007. PMID: 3945130.

MORISKY DE, DiMatteo MR. Improving the measurement of self-reported medication nonadherence: Response to Authors. *Clin Epidemiol*, 2011. 64:255-7

NEUMAN, Manuela G.; MONTEIRO, Maristela ; REHM, Jürgen. Drug Interactions Between Psychoactive Substances and Antiretroviral Therapy in Individuals Infected With Human Immunodeficiency and Hepatitis Viruses. **Substance Use & Misuse**, v. 41, n. 10-12, p. 1395–1463, 2006.

MOURÃO-JÚNIOR, Carlos Alberto ; SOUZA, André Bedendo de. Adesão ao uso de medicamentos: algumas considerações. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 1, n. 1, p. 96–107, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-

QASEEM, Amir; SNOW, Vincenza; DENBERG, Thomas D.; *et al.* Using Second-Generation Antidepressants to Treat Depressive Disorders: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians. **Annals of Internal Medicine**, v. 149, n. 10, p. 725, 2008.

R CORE TEAM (2024). **R: A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.

R. SCOTT BRAITHWAITE; MCGINNIS, Kathleen A; CONIGLIARO, Joseph; *et al.* A Temporal and Dose-Response Association Between Alcohol Consumption and Medication Adherence Among Veterans in Care. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 29, n. 7, p. 1190–1197, 2005.

REMOR, Eduardo; MILNER-MOSKOVICS, Jenny ; PREUSSLER, Gisele. Adaptação brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral”. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 685–694, 2007.

ROLLAND, B.; PAILLE, F.; GILLET, C.; RIGAUD, A.; MOIRAND, R.; DANO, C.; DEMATTEIS, M.; MANN, K.; AUBIN, H.J.. Pharmacotherapy for Alcohol Dependence: the 2015 recommendations of the french alcohol society, issued in partnership with the european federation of addiction societies. **Cns Neuroscience & Therapeutics**, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 25-37, 17 dez. 2015. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/cns.12489>.

QUEIROGA, Vinicius Vieira; FILGUEIRA, Eduardo Guedes Kehrle; VASCONCELOS, Artur Moreno de Andrade; *et al.* A pandemia da Covid-19 e o aumento do consumo de álcool no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 11, p. e568101118580, 2021.

OLIVEIRA, Rafael da Silva; PRIMEIRA, Marcelo Ribeiro; SANTOS, Wendel Mombaque dos; *et al.* Association between social support and adherence to anti-retroviral treatment in people living with HIV. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, 2020.

OMEJE, Joachim Chinweike; OTU, Mkpoinke Sunday; ANEKE, Anthonia Olunwa; *et al.* Effect of Rational Emotive Health Therapy on Alcohol Use Among Community-dwelling, HIV-positive Patients. **Medicine**, v. 97, n. 35, p. e11688, 2018. Disponível em: <https://journals.lww.com/md-journal/fulltext/2018/08310/effect_of_rational_emotive_health_therapy_on.2.aspx>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. (2021). **Álcool - OPAS/OMS**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/4825>. Acesso em: 12 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. (2021). **Transtornos mentais - OPAS/OMS**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/transtornos-mentais>. Acesso em: 05 nov. 2021.

REGO, Samuel Robson Moreira ; REGO, Daianny Macedo de Sousa. Associação entre uso de álcool em indivíduos com AIDS e adesão ao tratamento antirretroviral: uma revisão da literatura. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 1, p. 70–73, 2010.

ROSSINFOSSE, C.; WAUTHY, J; BERTRAND, J.. Les antidépresseurs de type SSRI et la maladie alcoolique [SSRI antidépresseurs and alcoholism]. **Rev Med Liege**. 2000 Nov;55(11):1003-10. French. PMID: 11195702.

SALVADOR. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Prefeitura inaugura primeira Unidade Dispensadora de Medicamentos para portadores de HIV em Salvador**. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.salvador.ba.gov.br/prefeitura-inaugura-primeira-unidade-dispensadora-de-medicamentos-para-portadores-de-hiv-em-salvador>>. Acesso em: 24 set. 2022.

SANTOS, Vanessa da Frota; GALVÃO, Marli Teresinha Gimenez; CUNHA, Gilmar Holanda da; *et al*. Efeito do álcool em pessoas com HIV: tratamento e qualidade de vida. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 94–100, 2017.

SCHNEIDER, MICHELLE; CHERSICH, MATTHEW; NEUMAN, MANUELA; *et al*. Alcohol consumption and HIV/AIDS: the neglected interface. **Addiction**, v. 107, n. 8, p. 1369–1371, 2012. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2012.03824.x/full>>. Acesso em: 24 maio 2019.

Secretaria do Estado da Bahia (SESAB). **Sobre o CEDAP**. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/cedap/>. Acesso em: 14 set. 2022.

SEEMAN, Mary V. The Role of Mental Health Services in Addressing HIV Infection Among Women With Serious Mental Illness. **Psychiatric Services**, v. 66, n. 9, p. 966–974, 2015.

SHUBBER, Zara; MILLS, Edward J.; NACHEGA, Jean B.; *et al*. Patient-Reported Barriers to Adherence to Antiretroviral Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. **PLOS Medicine**, v. 13, n. 11, p. e1002183, 2016. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1002183>>.

SCHUCKIT, M.A. Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2,945 alcoholics. **American Journal Of Psychiatry**, [S.L.], v. 154, n. 7, p. 948-957, jul. 1997. American Psychiatric Association Publishing. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.154.7.948>.

TAMBS, K.; HARRIS, J.R.; MAGNUS, P. Genetic and environmental contributions to the correlation between alcohol consumption and symptoms of anxiety and depression. Results from a bivariate analysis of Norwegian twin data. **Behavior Genetics**, [S.L.], v. 27, n. 3, p. 241-250, 1997. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1023/a:1025662114352>.

TUFANO, Claudia Siqueira; AMARAL, Ricardo Abrantes do; CARDOSO, Luciana Roberta Donola; *et al.* The influence of depressive symptoms and substance use on adherence to antiretroviral therapy. A cross-sectional prevalence study. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 133, n. 3, p. 179–186, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-31802014005050010&script=sci_arttext>. Acesso em: 19 out. 2020.

WILLIAMS, Emily C.; JOO, Young Sun; LIPIRA, Lauren; *et al.* Psychosocial stressors and alcohol use, severity, and treatment receipt across human immunodeficiency virus (HIV) status in a nationally representative sample of US residents. **Substance Abuse**, v. 38, n. 3, p. 269–277, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2018). **Global status report on alcohol and health 2018**. World Health Organization. Disponível em <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603>> Acesso em 06 de maio de 2022.

ZALESKI, M., *et al.* Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. **Rev. Bras. Psiquiatria**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 142-148, June 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000200013&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Mar. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006000200013>

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1) Nome do paciente (Iniciais): _____

2) Nº do paciente: _____

3) Data da entrevista: __/__/____

4) Idade: ____

5) Sexo ao nascimento

- Masculino
- Feminino
- Intersexo

6) Identidade de gênero

- Cisgênero
- Não binário
- Transgênero
- Travesti

7) Raça

- Preta
- Parda
- Amarela
- Branca
- Indígena

8) Orientação sexual

- Hétero
- Bissexual
- Homossexual/Gay/Lésbica
- Prefere não responder

9) Estado civil

- Solteiro (a)
- Divorciado (a)
- Casado (a)
- Viúvo (a)

10) Divide o domicílio? Se sim, com quem?

- Não, moro sozinho (a)
- Sim. Especificar vínculos: _____

11) Ocupação

- Desempregado
- Emprego informal (Autônomo)
- Estudante
- Outro: _____
- Emprego formal

12) Religião

- Catolicismo
- Espiritismo
- Protestantismo
- Religião de matriz africana
- Sem religião
- Outro: _____

13) Escolaridade

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Analfabeto | <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo |
| <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto | <input type="checkbox"/> Superior Incompleto |
| <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo | <input type="checkbox"/> Superior Completo ou mais |
| <input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto | |

14) Renda Familiar

- Menor que 01 salário mínimo
- 01 a 05 salários mínimos
- Maior que 05 salários mínimos

15) Prática atividade física? Se sim, quantas vezes por semana? _____

16) Possui diagnóstico de transtorno mental?

- Não
- Sim (especificar transtorno): _____

17) Ingere bebida alcoólica?

- Não
- Sim (especificar há quanto tempo): _____

18) Fez ou faz uso de substâncias psicoativas?

- Não
- Já fez (especificar qual/quais): _____
- Faz (especificar qual/quais): _____

19) Faz uso de qual/quais medicamento(s) para o tratamento do transtorno mental e/ou dependência química? (Especificar tempo de uso, posologia e mudanças no tratamento)

Há quanto tempo? _____

Qual a posologia? _____

Houve alguma alteração no tratamento desde o seu início? Se sim, quais?

20) Faz uso de qual Terapia Antirretroviral? (Especificar tempo de uso, posologia e mudanças no tratamento)

Há quanto tempo? _____

Qual a posologia? _____

Houve alguma alteração no tratamento desde o seu início? Se sim, quais?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Introdução

Você está sendo convidado para participar voluntariamente do estudo intitulado INFLUÊNCIA DO ABUSO DE ÁLCOOL NA ADESÃO AOS TRATAMENTOS FARMACOLÓGICOS ANTIRRETROVIRAL E ANTIDEPRESSIVO ENTRE PESSOAS ATENDIDAS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM SALVADOR, BAHIA-

BRASIL, por atender aos critérios de inclusão do estudo.

Para o Senhor (a) decidir fazer parte dele, precisará saber no que consiste sua participação, bem como das possibilidades de riscos e benefícios e confirmar sua participação através da assinatura desse termo de consentimento livre e esclarecido.

Caso tenha qualquer pergunta, após ou durante a leitura desse termo, por favor, sinta-se à vontade para entrar em contato com o farmacêutico responsável pela condução do estudo ou com algum profissional que participa do estudo e que possa esclarecer suas dúvidas.

A decisão de fazer parte do estudo é **voluntária** e o Senhor (a) pode recusar-se a participar ou retirar-se do estudo a qualquer momento sem nenhum tipo de consequência para o seu tratamento/relação profissional com a instituição.

O objetivo dessa pesquisa é avaliar a adesão à terapia medicamentosa em pessoas vivendo com HIV/AIDS com sintomas depressivos, que fazem a ingestão de bebidas alcólicas.

Etapas realizados neste estudo

Será realizada a caracterização de dados sociodemográficos e a aplicação de ferramentas de adesão à terapia medicamentosa, na forma de questionário, por meio de uma entrevista. Além disso, se aceitar fazer parte do estudo, também terá seu prontuário avaliado pelos pesquisadores, incluindo exames laboratoriais, respeitando todos os aspectos éticos.

Riscos e inconveniências

Devido ao fato de o questionário abordar HIV/AIDS e substâncias psicoativas, as perguntas podem se tornar desconfortáveis. Caso isso aconteça, o Senhor (a) pode se retirar livremente do estudo, sem qualquer punição. Por coletar dados de diversos pacientes e utilizar um sistema informatizado para a tabulação dos dados há sempre uma possibilidade de quebra de sigilo, resultando no vazamento das informações. Para evitar a sua exposição, não será coletado o seu nome, apenas a numeração do prontuário.

Benefício do Estudo

Os resultados desse estudo poderão auxiliar profissionais farmacêuticos e de outras áreas da saúde no tratamento das pessoas que vivem com HIV/AIDS, na criação e otimização de estratégias para o tratamento medicamentoso. Será possível também entender ainda mais a realidade desse público e entender as suas necessidades, no que diz respeito ao tratamento farmacológico.

Direitos do participante

Sua participação é voluntária e o Senhor (a) pode descontinuar sua participação em qualquer momento sem penalização e/ou prejuízo de qualquer natureza. Não haverá nenhum custo ou remuneração proveniente deste estudo.

Ao assinar este termo o Senhor (a) não abre mão de nenhum direito legal, incluindo o direito de buscar indenização em caso de dano decorrente de sua participação.

Se for de seu interesse, poderá solicitar, a qualquer momento, informações sobre os resultados nesse estudo.

Confidencialidade

A equipe do estudo terá acesso a seus dados, no entanto, seu anonimato é garantido e possíveis publicações científicas resultantes deste estudo não o (a) identificarão em nenhuma circunstância como participante. Os dados obtidos serão tratados sob estritas condições de confidencialidade.

Ética

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), um grupo de pessoas que zela pela proteção dos participantes de pesquisas e avalia os estudos envolvendo seres humanos em nossa instituição. Para qualquer dúvida ética e/ou relacionada a direitos do participante de pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia TEL (71) 3117-2200. O Comitê funciona de segunda a sexta-feira das 8:00 a 12:00, e das 14:00 às 18:00.

Para qualquer dúvida relacionada ao estudo, por favor, sinta-se à vontade para entrar em contato com os responsáveis pela condução do estudo, José Vinícius Mascarenhas de Paulo Passos (pesquisador discente) pelo telefone (71) 98834-2835 ou André Lacerda Braga Teles (pesquisador docente) pelo telefone (71) 99214-9287.

Assinaturas de Consentimento

Fui informado de todos os detalhes relacionados ao estudo em que participarei. Receberei uma via assinada, datada e rubricada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando o pesquisador com outra via assinada, datada e rubricada.

Nome Completo do participante da pesquisa

Data: __/__/__

Assinatura do participante da pesquisa

Nome completo do pesquisador discente responsável (Mestrando)

Data: __/__/__

Assinatura do pesquisador discente responsável (Mestrando)

Nome completo do pesquisador docente responsável (Orientador)

Data: __/__/__

Assinatura do pesquisador docente responsável (Orientador)

ANEXOS

ANEXO A – Teste de Identificação de Transtornos por Uso de Álcool (AUDIT)

1) Com que frequência consome bebidas que contêm álcool? [Escreva o número que melhor corresponde à sua situação.]

0 = nunca

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semanas

4 = quatro ou mais vezes por semana

2) Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?

0 = uma ou duas

1 = três ou quatro

2 = cinco ou seis

3 = de sete a nove

4 = dez ou mais

3) Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?

0 = nunca

1 = menos de uma vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

4) Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?

0 = nunca

1 = menos de uma vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

5) Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?

0 = nunca

1 = menos de uma vez por mês

- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

6) Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?

- 0 = nunca
- 1 = menos de uma vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

7) Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimento de culpa ou de remorsos por ter bebido?

- 0 = nunca
- 1 = menos de uma vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

8) Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?

- 0 = nunca
- 1 = menos de uma vez por mês
- 2 = pelo menos uma vez por mês
- 3 = pelo menos uma vez por semana
- 4 = diariamente ou quase diariamente

9) Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?

- 0 = não
- 1 = sim, mas não nos últimos 12 meses
- 2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

10) Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?

- 0 = não
- 1 = sim, mas não nos últimos 12 meses
- 2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

ANEXO B – TESTE DE MORISKY-GREEN

Tabela 3: Teste de Morisky-Green

Perguntas	SIM	NÃO
1) Você alguma vez se esqueceu de tomar o medicamento?		
2) Você às vezes é descuidado para tomar seu medicamento?		
3) Quando você se sente melhor, às vezes, você para de tomar o seu medicamento?		
4) Às vezes, se você se sente pior quando toma o medicamento, você para de toma-lo?		

**ANEXO C – QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO
TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL (CEAT-VIH, VERSÃO EM PORTUGUÊS
[BRASIL]**

Durante a última semana

1. Deixou de tomar sua medicação alguma vez?

2. Se alguma vez sentiu-se melhor, deixou de tomar sua medicação?

3. Se alguma vez depois de tomar sua medicação sentiu-se pior, deixou de tomá-la?

4. Se alguma vez se sentiu triste ou deprimido, deixou de tomar sua medicação?

Sempre	Mais da metade das vezes	Aproximadamente a metade das vezes	Alguma vez	Nenhuma vez

5. Lembra-se que remédios está tomando nesse momento? _____ (escrever os nomes)

6. Como é a relação que mantém com o seu médico?

Ruim	Um pouco ruim	Regular	Pode melhorar	Boa
------	---------------	---------	---------------	-----

7. Quanto você se esforça para seguir com o tratamento?

8. Quanta informação você tem sobre os medicamentos que toma para o HIV?

9. Quanto benefício pode lhe trazer o uso destes medicamentos?

10. Considera que sua saúde melhorou desde que começou a tomar os medicamentos para o HIV?

11. Até que ponto sente-se capaz de seguir com o tratamento?

Nada	Pouco	Regular	Bastante	Muito

12. Normalmente está acostumado a tomar a medicação na hora certa?

13. Quando os resultados dos exames são bons, seu médico costuma utilizá-los para lhe dar ânimo e motivação para seguir com o tratamento?

Não, nunca	Sim, alguma vez	Sim, aproximadamente a metade das vezes	Sim, muitas vezes	Sim, sempre

14. Como sente-se em geral com o tratamento desde que começou a tomar seus remédios?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
--------------------	--------------	-------------	------------	------------------

15. Como avalia a intensidade dos efeitos colaterais relacionados com o uso dos medicamentos para o HIV?

Muito intensos	Intensos	Medianamente intensos	Pouco intensos	Nada intensos
----------------	----------	-----------------------	----------------	---------------

16. Quanto tempo acredita que perde ocupando-se em tomar seus remédios?

Muito tempo	Bastante tempo	Regular	Pouco tempo	Nada de tempo
-------------	----------------	---------	-------------	---------------

17. Que avaliação tem de si mesmo com relação a toma dos remédios para o HIV?

Nada cumpridor	Pouco cumpridor	Regular	Bastante	Muito cumpridor
----------------	-----------------	---------	----------	-----------------

18. Quanta dificuldade tem para tomar a medicação?

Muita dificuldade	Bastante dificuldade	Regular	Pouca dificuldade	Nenhuma dificuldade
-------------------	----------------------	---------	-------------------	---------------------

19. Desde que está em tratamento alguma vez deixou de tomar sua medicação um dia completo, ou mais de um? [Se responde afirmativamente, Quantos dias aproximadamente?]

SIM	NÃO

20. Utiliza alguma estratégia para lembrar-se de tomar a medicação?
Qual? _