

ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM ÊNFASE
EM GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

EMANOEL FHLIPE LEITE SOUZA

ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA ADESAO DO USUÁRIO À
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EM UM SERVIÇO
ESPECIALIZADO NO SERTÃO DO PAJEÚ DE PERNAMBUCO

SERRA TALHADA

2018

EMANOEL FHLIPE LEITE SOUZA

**ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA ADESÃO DO USUÁRIO À
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EM UM SERVIÇO
ESPECIALIZADO NO SERTÃO DO PAJEÚ DE PERNAMBUCO**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência em Saúde da Família com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Orientador(a):

Ma. Danielle Chianca de Andrade Moraes

SERRA TALHADA

2018

**ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA ADESÃO DO USUÁRIO À TERAPIA
ANTIRRETROVIRAL EM UM SERVIÇO ESPECIALIZADO NO SERTÃO DO
PAJEÚ DE PERNAMBUCO**

**ALCOHOL AND OTHER DRUGS IN THE USER'S ADHERENCE TO
ANTIRETROVIRAL THERAPY IN A SPECIALIZED SERVICE IN
BACKWOODS OF PAJEÚ IN PERNAMBUCO**

Emanoel Fhilipe Leite Souza

Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco, Residente, XI Gerência Região de Saúde de Pernambuco, Serra Talhada - PE, Brasil.

Orientadora: Danielle Chianca de Andrade Moraes

Resumo

Objetivo: verificar a associação entre o uso do álcool e outras drogas na adesão da pessoa vivendo com HIV à terapia antirretroviral. **Métodos:** estudo descritivo exploratório, com abordagem quantitativa, população de 100 usuários e amostra de 71, realizado no Serviço de Atendimento Especializado de Serra Talhada-PE. Foram utilizados dois instrumentos de coleta, questionário sobre dados sociodemográficos, aspectos clínicos e CEAT-VIH, que avalia o comportamento de adesão a TARV. **Resultados:** 56% era do sexo masculino, cor parda, e faixa etária entre 40-60 anos. 54,9% dos entrevistados disse fazer uso do álcool e /ou outras drogas. Sobre o nível de adesão das pessoas vivendo com HIV em tratamento, 93% foi classificado como nível de adesão inadequado. Não houve associação significativa ($p=0,1232$) entre o uso do álcool e outras drogas. **Conclusão:** estatisticamente não há associação significativa entre o uso do álcool e outras drogas com a adesão inadequada a TARV, no entanto, o uso exagerado expõe a pessoa a situação de vulnerabilidade.

Palavras-chave: HIV; Álcool; Adesão; Terapia Antirretroviral.

Abstract

Objective: to verify the association of the use of alcohol and other drugs in the adherence of the user to the antiretroviral therapy. **Methods:** exploratory descriptive

study, with quantitative approach, population of 100 users, and sample of 71 users, performed at the Specialized Attention Service (SAE) of Serra Talhada-PE. Two collection instruments were used for interview, a questionnaire on socio-demographic data, clinical aspects and CEAT-VIH, which evaluates the adherence behavior to TARV. **Results:** 56% were males, brown, and between 40-60 years old. 54.9% of respondents said to make use of alcohol and / or other drugs. Concerning the level of adherence of people living with HIV on antiretroviral treatment, 93% were classified as inadequate adherence level. There was no significant association ($p = 0.1322$) between alcohol use and other drugs. **Conclusion:** statistically there is no significant association between the use of alcohol and other drugs with inadequate adherence to TARV, however, overuse exposes the person to vulnerability.

Keywords: HIV; Alcohol; Accession; Antiretroviral Therapy.

Introdução

Desde os primeiros casos notificados na década de 1980, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) têm se configurado como um grave e importante problema de saúde pública no mundo inteiro, devido a sua rápida disseminação e evolução, que ocasiona repercussões negativas tanto na vida do indivíduo que adquire a síndrome, bem como da família e sociedade em geral, pelos mais diversos motivos, desde a aceitação da infecção e doença até o preconceito ainda existente até os dias atuais. ^{1,2}

Dados do Ministério da Saúde revelam que nos últimos dez anos no Brasil, foram notificados 194.217 casos de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), com maior prevalência nas regiões sudeste e sul respectivamente. Na região nordeste, destaca-se o estado de Pernambuco com 6.937 casos notificados no período de 2007 a junho de 2017, sendo que pode se observar um aumento expressivo também no interior nordestino, onde ainda há muitos estigmas em relação ao problema. ³

Devido à rápida disseminação e progressão, desde as suas primeiras notificações, buscou-se encontrar medicamentos antirretrovirais (ARV) para combater a AIDS, porém sem muito sucesso. Apenas na década seguinte, com a descoberta de novas classes de ARV, foi possível alcançar a terapia antirretroviral combinada (Highly Active Antiretroviral Therapy – HAART), com resultados significativos, diminuindo ao

longo do tempo o crescimento de números de novos casos de infecção pelo HIV, devido à redução da carga viral no sangue e secreções dos portadores do vírus.⁴

Com a comprovação da eficácia da terapia antirretroviral altamente potente (TARV) para o HIV, o Brasil, assim como diversos países, passou a ofertar o tratamento gratuitamente e com acesso universal, ocasionando uma diminuição significativa na morbidade e na mortalidade da doença. A efetividade do tratamento porém, depende especialmente da adesão dos pacientes aos medicamentos antirretrovirais, visto que ainda há muita resistência na aceitação do tratamento.⁵

O processo de adesão ao tratamento da pessoa vivendo com HIV (PVHIV) facilita a aceitação ao regime terapêutico na rotina dos usuários, onde o mesmo também passa a ter autonomia para junto à equipe de saúde tomar decisões acerca do seu cuidado, empoderando o sujeito e rompendo a lógica da simples ingestão de medicamentos.⁶

A baixa adesão à terapia antirretroviral (TARV), pode ocasionar diversos transtornos ao paciente, desde falência do esquema básico, até resistência a medicações mais completas, que associado há falta de prevenção leva a uma maior transmissão do vírus e maior morbimortalidade entre o grupo infectado, sendo necessário, para aumentar a adesão à TARV, identificar os fatores contribuintes para a não adesão ao tratamento.⁷

Além dos diversos efeitos colaterais ocasionados pela TARV, diversos outros fatores também contribuem para a não adesão ao tratamento tais como a precocidade do diagnóstico, o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, situação socioeconômica do usuário e grau de organização dos serviços onde é ofertado a medicação, e ainda em alguns segmentos populacionais, como pessoas com menor grau de escolaridade e usuários de álcool e outras drogas, por exemplo.⁸

Além de influenciar na adesão a TARV o uso do álcool compromete também a qualidade de vida da pessoa que vive com HIV, ocasionando uma aceleração no curso da doença, declínio da imunidade e consequente aumento da carga viral. Ressaltando que por influenciar diretamente no Sistema Nervoso Central, o uso dessa substância ocasiona comportamento sexual de risco, expondo a PVHIV à outras Infecções Sexualmente Transmissíveis, bem como propagação do vírus.⁹

Considerando o aumento no número crescente de pessoas com HIV, bem como a

eficácia comprovada da TARV no tratamento, faz necessário que sejam desenvolvidas pesquisas a fim de entender os motivos pelos quais muitos pacientes não aderem ou apresentam dificuldades para a adesão ao tratamento, especialmente sua relação com o uso do álcool e outras drogas. Ainda, vale ressaltar que se tratam de achados que possibilitarão subsidiar novas estratégias de adesão a terapia antirretroviral, que possa auxiliar o usuário a realizar o tratamento de forma contínua e ininterrupta.

O objetivo deste estudo foi verificar a associação do álcool e outras drogas na adesão do usuário à terapia antirretroviral um Serviço de Atendimento Especializado (SAE) no Sertão do Pajeú de Pernambuco, descrevendo o perfil sóciodemográfico das pessoas vivendo com HIV e classificar a adesão a TARV desses usuários.

Métodos

Foi realizado um estudo do tipo descritivo exploratório, com abordagem quantitativa no Serviço de Assistência Especializada (SAE) de Serra Talhada-PE, segunda cidade mais importante do Sertão de Pernambuco e o principal município do Pajeú.

A população foi composta pelos pacientes vivendo com HIV, com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, em uso de TARV há pelo menos 6 meses e que realizam o monitoramento da carga viral e CD-4 no respectivo SAE. Para tanto, a amostra foi determinada considerando a população média do SAE, cadastrada no SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos, no ano de 2016. O tamanho da amostra foi determinado, considerando-se: tamanho da população do SAE; margem de erro de 5%; nível de confiança de 95%; percentual de perdas de 10%; prevalência de 75%. O cálculo foi feito através do EPI-INFO[®] na versão 7.1.5. Assim, a população média de usuários que realizam tratamento para HIV/AIDS no serviço foi de 100 usuários, e amostra de 71 usuários.

A coleta foi realizada entre os meses de junho e dezembro de 2017, onde foram utilizados dois instrumentos de coleta. Para descrever o perfil sociodemográfico e identificar os aspectos clínicos foi utilizado um formulário, construído pelos pesquisadores do estudo, dividido em dois blocos: Bloco I - Dados Sociodemográficos, no qual as informações foram coletadas por meio de entrevista; e Bloco II – Aspectos Clínicos, onde foram coletadas as informações através dos registros dos prontuários.

O comportamento de adesão à TARV foi classificado a partir da aplicação da

versão validada para a língua portuguesa do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral” – CEAT-VIH.¹⁰ Trata-se de um instrumento auto-informe, composto por 20 questões pontuadas que abordam os principais fatores que podem interferir na adesão à TARV em adultos na adesão à TARV: história de não adesão do paciente; relação médico-paciente; crenças do paciente a respeito da TARV; expectativas sobre a eficácia terapêutica; o esforço do paciente em seguir o tratamento; avaliação da gravidade dos efeitos colaterais da TARV para o paciente; o grau de satisfação com a medicação antirretroviral; e o uso de estratégias para lembrar de tomar a medicação. Assim, é possível avaliar o grau de adesão ao tratamento medicamentoso antirretroviral em adultos.

Nesse estudo, as PVHIV que apresentaram percentual de adesão maior ou igual a 85% serão classificadas como adesão adequada, em vez de adesão estrita, e os que apresentaram percentual de adesão menor que 85% serão classificados como adesão inadequada. Essa adaptação foi feita para facilitar as análises bivariadas, facilitando a associação e conseqüentemente a identificação ou não de significância estatística, e também pelo fato da literatura apontar a importância da manutenção da adesão elevada para o sucesso terapêutico.^{11,12}

Os dados serão analisados através de uma análise quantitativa, compreendendo a análise estatística dos dados sócios demográficos dispostos em tabelas, e através do banco de dados que será construído com o programa Epi-Info, versão 7.0.9.34. Para a análise estatística, serão obtidos os percentuais e as medidas estatísticas: média, desvio padrão e mediana (estatísticas descritivas); teste qui-quadrado de Pearson e OddsRatio (estatística diferencial).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Oswaldo Cruz (HUOC) Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco (PROCAPE) CAAE N° 68428517.2.0000.5192, e respeitou a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde – Resolução CNS no 466, de 12 de dezembro de 2012 –, que dispõe sobre estudos envolvendo seres humanos.¹³

Resultados

A tabela 1 mostra as características sociodemográficas das PVHIV e que estão em tratamento antirretroviral conforme o sexo e em dados gerais. Do total de 71 PVHIV, 56% era do sexo masculino, da cor parda (42,3%), e faixa etária entre 29 e 60 anos, desses sobressaindo usuários entre 40-60 anos (40,8%), estado civil solteiro

(45,1%) e grande maioria possui alguma religião (63,4%).

Em relação a escolaridade 50,7% possuía o 1º grau incompleto e apenas 4,2% superior completo. No campo ocupação, 84,5% referiu não está trabalhando, sendo que 59,2% disse não receber nenhum benefício social, com renda familiar mensal de até um salário mínimo 87,3% e 62% contribuindo totalmente no sustento familiar – tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV em tratamento antirretroviral, segundo variáveis sociodemográficas, no Serviço de Assistência Especializada de Serra Talhada, Pernambuco - 2017.

Variáveis sociodemográficas	N	%
Total	71	100
Sexo		
Feminino	31	43,7
Masculino	40	56,3
Faixa etária		
18 a 28	11	15,5
29 a 39	26	36,6
40 a 60	29	40,8
> 60	5	7,0
Grau de instrução		
Nenhum	8	11,3
1º grau completo	6	8,5
1º grau incompleto	36	50,7
2º grau completo	14	19,7
2º grau incompleto	3	4,2
Superior completo	3	4,2
Superior incompleto	1	1,4
Estado civil		
Casado ou mora com companheiro	26	36,6
Solteiro	32	45,1
Viúvo	7	9,9
Separado ou divorciado	6	8,5
Religião		
Sim	45	63,4
Não	26	36,6
Renda - SM⁽¹⁾		
Até 1 SM	62	87,3
1 a 2 SM	7	9,9
2 a 3 SM	2	2,8
3 a 4 SM	0	0,0

> 4 SM	0	0,0
Raça		
Amarela	3	4,2
Branca	14	19,7
Indígena	0	0,0
Parda	30	42,3
Negra	24	33,8
Contribuição		
Totalmente	44	62,0
Parcialmente	10	14,1
Não	17	23,9
Benefício		
Sim	29	40,8
Não	42	59,2
Trabalha		
Sim	11	15,5
Não	60	84,5

(1) SM - salário mínimo baseado no valor estabelecido para o ano de 2017 (R\$937,00), de acordo com o Decreto Federal N° 8948, de 29/12/2016.¹⁴

A tabela 2 apresenta as variáveis de saúde e comportamento. No que diz respeito ao tempo de diagnóstico e tratamento, percebe-se que a maioria das PVHIV possuem entre 1 e 5 anos de diagnóstico (45,9%) e igual período de tratamento (49,3%). Sobre o conhecimento do modo de infecção pelo vírus, 62% disse ter sido infectado através da relação sexual.

Ainda, no que se refere a possuir companheiro(a), 45,1% afirmou estar solteiro, e a maioria (35,2%) referiu fazer uso do preservativo nas relações sexuais. Sobre filhos, a maioria informou ter pelo menos um filho, 62% das PVHIV – tabela 2.

Em relação as práticas de saúde, 81,7% não realiza atividade física e 93% disse não participar de nenhum grupo de educação em saúde. Questionados sobre o uso do álcool durante o tratamento com antirretroviral 54,9% referiu fazer uso do álcool e /ou outras drogas ilícitas, desses, 61,5% acreditam que o uso dessas substâncias influencia na adesão ao tratamento – tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV em tratamento antirretroviral, segundo variáveis de saúde e comportamentais, no Serviço de Assistência Especializada de Serra Talhada, Pernambuco - 2017.

Variáveis de saúde e comportamentais	N	%
---	----------	----------

Total	71	100
Realização de atividade física		
Sim	13	18,3
Não	58	81,7
Tempo de diagnóstico		
< 1 ano	12	16,9
1 a 5 anos	34	47,9
5 a 10 anos	14	19,7
> 10 anos	11	15,5
Participação grupos de educação em saúde		
Sim	5	7,0
Não	66	93,0
Tempo tratamento		
< 1 ano	13	18,3
1 a 5 anos	35	49,3
5 a 10 anos	14	19,7
> 10 anos	9	12,7
Filhos		
Sim	44	62,0
Não	27	38,0
Companheiro com HIV		
Sim	16	22,5
Não	20	28,2
Não possui companheiro	32	45,1
Não sabe	3	4,2
Uso de preservativo		
Sim	25	35,2
Não	18	25,4
As vezes	6	8,5
Não possui relação sexual	22	31,0
Meio de contaminação		
Vertical	1	1,4
Relação sexual	44	62,0
Aleitamento cruzado	0	0,0
Pérfuro cortante	2	2,8
Transfusão sanguínea	1	1,4
Não sabe	23	32,4
Uso de álcool e/ou outras drogas		
Sim	39	54,9
Não	32	45,1
Influência do uso de álcool e/ou outras drogas na adesão		
Sim	24	61,5*
Não	15	38,5*

* Percentual calculado com base no total de pessoal que utilizam drogas (N=39).

A tabela 3 apresenta as variáveis clínicas das PVHIV, onde no momento da entrevista e observando o prontuário dessas pessoas, 90,1% encontrava-se assintomático, com carga viral indetectável (57,7%), e contagem de CD4+ >350 cel/mm³ (76,1%). Não houve registro de internamento ou doença oportunista na maioria dos prontuários, 97,2% e 98,6%, respectivamente. Sobre o esquema da TARV, 42 (59,2%) utiliza 3 ou mais pílulas diariamente, e não há nenhum registro nos prontuários de adesão irregular.

Tabela 3 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV em tratamento antirretroviral, segundo variáveis clínicas, no Serviço de Assistência Especializada de Serra Talhada, Pernambuco - 2017.

Variáveis clínicas	N	%
Total	71	100
Apresentação sintomatológica		
Sintomático	7	9,9
Assintomático	64	90,1
Esquema da TARV⁽¹⁾		
1 pílula/dia	0	0,0
2 pílulas/dia	21	29,6
3 ou mais pílulas/dia	42	59,2
Carga viral		
Indetectável	41	57,7
Detectável	30	42,3
Contagem CD4+		
< 200 cel/mm ³	7	9,9
200 a 350 cel/mm ³	10	14,1
> 350 cel/mm ³	54	76,1
Internamento pelo HIV		
Sim	2	2,8
Não	69	97,2
Doença oportunista		
Sim	1	1,4
Não	70	98,6
Registro de adesão irregular		
Sim	0	0,0
Não	71	100,0

(1) TARV: Terapia antirretroviral;

Sobre o nível de adesão das PVHIV em tratamento com antirretroviral, a tabela 4 revela que do total de entrevistados, 66 (93%) foi classificado como nível de adesão inadequado.

Tabela 4: Nível de adesão das pessoas vivendo com HIV em tratamento antirretroviral, no Serviço de Assistência Especializada de Serra Talhada, Pernambuco - 2017

Nível de adesão	N	%
Total	71	100
Inadequada	66	93,0
Adequada	5	7,0

. A tabela 5 apresenta a associação entre o nível de adesão das PVHIV em tratamento antirretroviral segundo uso de álcool e outras drogas. Observa-se que, apesar do número considerável de usuários que fazem uso dessa substância com adesão inadequada (57,6%), através do teste exato de Fisher, não houve associação significativa ($p=0,1232$) entre o uso do álcool e outras drogas.

Tabela 5: Nível de adesão das pessoas vivendo com HIV em tratamento antirretroviral, segundo uso de álcool e drogas, no Serviço de Assistência Especializada de Serra Talhada, Pernambuco - 2017

Variável	Nível de adesão ⁽¹⁾				P-valor ⁽²⁾
	Inadequada		Adequada		
	N	%	N	%	
Uso de álcool e drogas					
Sim	38	57,6	1	20	0.1232
Não	28	42,4	4	80	

(1) Níveis definidos segundo a classificação de adesão ao tratamento antirretroviral da versão validada para a língua portuguesa (Brasil) do "Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral"¹⁰

(2) Através do teste Exato de Fisher.

Discussão

ATARV é fundamental no sucesso terapêutico prorrogando a sobrevida dos usuários, reduzindo a carga viral e conseqüentemente uma melhora significativa na

saúde. Para tanto, é necessário comprometimento do usuário, bem como de todos os profissionais envolvidos no processo.¹⁵

O estudo aponta que em relação ao sexo de origem, assim como mostra a realidade epidemiológica do país, os homens apresentaram maior prevalência como portadores do vírus HIV, apesar do percentual de mulheres ser bastante significativo e está aumentando proporcionalmente nos últimos anos.¹⁶ Corroborando com outras pesquisas, a maior prevalência dos usuários que participaram da pesquisa se autodeclarou da cor parda, com idade entre 29 e 60 anos, solteiro, com 1º grau incompleto, sem ocupação e com renda mensal de até um salário mínimo.^{17,18} Estes dados são preocupantes e podem estar relacionados a adesão adequada ou não da PVHIV ao tratamento com antirretroviral, à medida que o grau escolaridade e renda familiar podem estar ligados ao acesso a informação.^{19,20}

No que diz respeito a forma de transmissão, mais da metade dos entrevistados referiu ter contraído o vírus através da relação sexual, com período de diagnóstico entre 1 e 5 anos, mesmo período de tratamento e sem companheiro. Nesse mesmo período foi intensificado a maior oferta dos testes rápidos e capacitação de profissionais aptos, descentralizando também, para a Atenção Básica, onde mais usuários tiveram acesso. Em Pernambuco, esse processo de descentralização que já vinha ocorrendo há alguns anos, foi oficializado e instituído através de portaria específica no ano de 2017.²¹

A maioria dos usuários referiu que quando possui relação sexual usam preservativo, sendo importante destacar que foi considerável a quantidade de PVHIV que disse não usar preservativo e não ter relação sexual, reforçando o risco e estigma ainda presente em relação ao HIV. Entre os fatores contribuintes, além da falta de informação, destaca-se o maior acesso a terapia antirretroviral, que controla a carga viral e aumenta a imunidade da PVHIV, reduzindo a sintomatologia da doença, fazendo com que as pessoas se sintam seguras em praticar atividade sexual sem uso do preservativo.^{22,23}

O achado mais importante deste estudo e que merece maior destaque é o índice elevado de adesão inadequada a TARV, observado através do CEAT-VIH, dados preocupantes e que revelam a dificuldade em garantir tratamento adequado a PVHIV. Foi graças a descoberta e introdução da terapia antirretroviral que pode-se obter melhores prognósticos e sobrevida aos usuários.²⁴

A adesão inadequada pode ser considerada um dos maiores entraves no sucesso terapêutico e são motivadas pelos mais diversos motivos, entre eles o estigma e preconceito relacionado ao vírus, ao estilo de vida e relações sociais, fato observado também durante a pesquisa onde muitos usuários referiram ter que esconder a medicação da família e amigos, retirando inclusive o rótulo da medicação. Ainda como fatores ligados a rotina social, o uso do álcool e outras drogas acaba interferindo na adesão adequada a medicação, destacado inclusive nas respostas dos entrevistados, onde aqueles que consomem essas substâncias, acreditam que a mesma interfere na adesão ao tratamento, onde muitos após a embriaguez esquecem de tomar a medicação, ou não ingerem a TARV, por sentir efeito colateral mais intenso com a interação entre as drogas.^{25,26}

No questionário da entrevista, praticamente todos participantes relataram não estar inserido em grupos de educação em saúde e não ter conhecimento adequado sobre a doença e os antirretrovirais, sendo observado ausência de registros sobre adesão inadequada, doenças anteriores, outros exames complementares e de rotina além da carga viral e CD4+ e informações adicionais que possam orientar e conduzir o manejo do usuário durante o tratamento.

A equipe de saúde do serviço onde a pessoa que vive com HIV é atendido deve está capacitada e apta a oferecer uma escuta qualificada das necessidades, angustias e dúvidas apresentada, oferecendo suporte inclusive no aconselhamento sobre o uso da TARV álcool e outras drogas, orientando sobre os riscos de diminuição do CD4+, redução da carga viral e maior exposição a situações de risco, o que torna o usuário mais vulnerável a prática sexual desprotegida ficando exposto a outras Infecções Sexualmente Transmissíveis.^{27,28}

Os resultados deste estudo apontaram que estatisticamente não há interação significativa entre o uso do álcool e outras drogas com a adesão inadequada a TARV. Apesar de muitos estudos apontar que a essa associação pode ocasionar adesão inadequada, onde o uso de forma exagerada expõe a pessoa que vive com HIV a situação de vulnerabilidade, como queda na imunidade, doenças oportunistas, sexo desprotegido e outros, fazendo com que a PVHIV deixe inclusive de fazer uso da medicação de forma correta devido aos efeitos do álcool.^{29,30}

É preciso que os profissionais dos serviços especializados conheçam o perfil do público que atende e norteie o planejamento e implementação de novas estratégias que visem promover uma maior adesão à terapia antirretroviral, inclusive trabalhando a política de redução de danos em grupos de educação em saúde, onde a pessoa que vive com HIV deve estar inserida. É necessário ainda, fortalecer vínculo com outros serviços da Rede de Atenção à Saúde, auxiliando no enfrentamento e condução do tratamento de forma contínua e ininterrupta e contribuindo com a redução da incidência da doença e morbimortalidade, promovendo a segurança do usuário, melhor prognóstico e qualidade de vida.

Agradecimentos

A todos os funcionários do Serviço de Assistência Especializada (SAE), da XI Gerência Regional de Saúde do município de Serra Talhada-PE, pela colaboração na obtenção dos dados para a realização da pesquisa.

Contribuição dos Autores

Emanoel Philipe Leite Souza, participou da coleta de dados, análise e redação do artigo.

Danielle Chianca de Andrade Moraes, orientou o desenvolvimento do projeto da pesquisa, assim como contribuiu significativamente, na redação do artigo.

Os autores aprovaram a versão final do manuscrito e assumem a responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Referências

1. Oliveira, ADF et al. Repercussões do HIV no cotidiano de mulheres vivendo com aids. *RevPesquiCuid Fundam.* 2010; 7(1):1975-86.
2. Sousa, AM et al. A política de aids no Brasil: uma revisão de literatura. *J ManagPrim Health Care.* 2012; 3(1):62-6.
3. Ministério da Saúde (BR). Boletim epidemiológico HIV/ AIDS 2017. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
4. Silva JAG et al. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2015; 31(6):1188-1198.

5. Ministério da Saúde (BR). Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
6. Ministério da Saúde (BR). Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
7. Silva RAR et al. Limites e obstáculos na adesão à terapia antirretroviral. Revista cuidado é fundamental. 2014; 6(4):1732-42.
8. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV/Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
9. Santos VF et al. Efeito do álcool em pessoas com HIV: tratamento e qualidade de vida. Acta Paul Enferm. 2017; 30(1):94-100.
10. Remor E, Milner-Moskoviks, J, Preussler G. Adaptação brasileira do “Cuestionario para laEvaluación de La Adhesión al TratamientoAntirretroviral.” Rev Saúde Públ. 2007; 41(5):685-94.
11. BEZABHE, WM. et al. Adherence to Antiretroviral Therapy and Virologic Failure. A Meta-Analysis. Medicine, 2016; 95(15):1-9. Online. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27082595>. Acesso em: 02 nov 2017
12. BASTARD, M, et al. Revisiting Long-term Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy in Senegal Using Latent Class Analysis. J AcquirImmuneDeficSyndr. 2011;57(1)55-61.
13. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
14. BRASIL. Decreto N° 8.948, de 29 de dezembro de 2016. dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. Diário Oficial, Brasília, DF, 29 dez. 2016. Seção 1, p.12.
15. Martins SS, Martins TSS. Adesão ao tratamento antirretroviral: vivências de escolares. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 2011 Jan-Mar; 20(1): 111-8.
16. Bertoni RF et al. Perfil Demográfico e Socioeconômico dos Portadores de HIV/AIDS do Ambulatório de Controle de DST/AIDS de São José, SC. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2010;39(4):75-9.
17. Cabral JVB, Santos SSF, Oliveira CM. Perfil sociodemográfico, epidemiológico e clínico dos casos de HIV/aids em adolescentes no estado de Pernambuco. Revista Uniara. 2015 julho;18(1): 149-63.

18. Ministério da Saúde (BR). Boletim epidemiológico AIDS e DST. Brasília: Ministério da saúde, 2016.
19. Silva RAR. A epidemia da aids no brasil: análise do perfil atual. Revenferm UFPE, Recife. 2013 out. 7(10):6039-8.
20. Foresto JS. Adesão à terapêutica antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em um município do interior Paulista. Rev Gaúcha Enferm. 2017 mar; 38(1):1-7.
21. Pernambuco, Comissão IntergestoraBipartite. Resolução CIB/PE Nº 3004 de 15 de maio de 2017. Aprova a descentralização dos testes rápidos de HIV, sífilis, hepatites B e C. Diário Oficial, PE, 17 mai. 2017. Seção 1, p.19.
22. Affeldt AB, Silveira MF, Barcelos RS. Perfil de pessoas idosas vivendo com HIV/aids em Pelotas, sul do Brasil, 1998 a 2013. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília. 2015 jan-mar. 24(1):79-86.
23. Reis RK, Melo ES, Gir E. Fatores associados ao uso inconsistente do preservativo entre pessoas vivendo com HIV/Aids. RevBrasEnferm. 2016 jan-fev; 69(1):47-53.
24. Paschoal EP et al. Adesão à terapia antirretroviral e suas representações para pessoas vivendo com HIV/Aids. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2014 jan/mar; 18(1): 32-40.
25. Melchior R et al. Adesão ao tratamento de HIV/Aids no Brasil. Rev Saúde Pública 2007;41(Supl. 2):87-93.
26. Silva JAG et al. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2015 jun; 31(6):1188-1198.
27. Favero, NB. Terapia antirretroviral no cotidiano de adolescentes que vivem com HIV/Aids. Ciência y enfermeira. 2016; 22(1): 23-33.
28. Patrício SM, Finnell, DS, Barroso T. Efeito das intervenções breves na redução do consumo de álcool em indivíduos portadores do vírus da imunodeficiência humana. Revista de Enfermagem Referência. 2016; 4(11): 41-9.
29. Bonolo PF, Gomes RRFM, Guimarães MDC. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids):fatores associados e medidas da adesão. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília. 2017 out-dez. 16(4):261-278.

30. Santos WJ et al. Barreiras e aspectos facilitadores da adesão à terapia antirretroviral em Belo Horizonte-MG. Rev Bras Enferm, Brasília. 2011 nov-dez. 64(6): 1028-37.

ANEXO

NORMAS DE PUBLICAÇÃO REVISTA EPIDEMIOLOGIA E SERVIÇOS DE SAÚDE

Formato dos manuscritos

Serão acolhidos manuscritos redigidos em língua portuguesa. O trabalho deverá ser digitado em espaço duplo, utilizando fonte Times New Roman 12, no formato RTF (RichTextFormat) ou DOC (Documento do Word), em folha de tamanho A4, com margens de 3cm. Não são aceitas notas de rodapé.

Cada manuscrito, obrigatoriamente, deverá conter:

Folha de rosto

- a) modalidade do manuscrito;
- b) título do manuscrito, em português, inglês e espanhol;
- c) título resumido em português, para referência no cabeçalho das páginas;
- d) nome, instituição de afiliação, unidade ou departamento (até três níveis, com somente uma instituição por autor), cidade, estado, país, ORCID iD e *e-mail* de cada um dos autores;
- e) nome do autor correspondente, endereço completo, *e-mail* e telefone;
- f) paginação e número máximo de palavras nos resumos e no texto;
- g) informação sobre trabalho acadêmico (trabalho de conclusão de curso, monografia, dissertação ou tese) que originou o manuscrito, nomeando o autor, tipo e título do trabalho ano de defesa e instituição, se pertinente; e
- h) créditos a órgãos financiadores da pesquisa, incluindo número do processo), se pertinente.

Resumo

Deverá ser redigido em parágrafo único, contendo até 150 palavras, estruturado com as seguintes seções: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão. Para a modalidade relato de experiência, o resumo deverá ser redigido em parágrafo único, contendo até 150 palavras, não necessariamente em formato estruturado.

Palavras-chave

Deverão ser selecionadas quatro a seis, impreterivelmente a partir da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), vocabulário estruturado pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, também conhecido pelo nome original de Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). Os DeCS foram criados para padronizar uma linguagem única de indexação e recuperação de documentos científicos (disponíveis em: <http://decs.bvs.br>).

Abstract

Versão fidedigna do Resumo, redigida em inglês, contendo as seguintes seções: *Objective, Methods, Results e Conclusion*.

Keywords

Versão em inglês das mesmas palavras-chave selecionadas a partir dos DeCS.

Resumen

Versão em espanhol do Resumo, contendo as seguintes seções: *Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusión*.

Palabras-clave

Versão em espanhol das mesmas palavras-chave selecionadas a partir dos DeCS.

Texto completo O texto de manuscritos nas modalidades de artigo original e nota de pesquisa deverão apresentar, impreterivelmente, as seguintes seções, nesta ordem: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Contribuição dos Autores e Referências. Tabelas e figuras deverão ser referidas nos Resultados e apresentadas ao final do artigo, quando possível, ou em arquivo separado (em formato editável).

Definições e conteúdos das seções:

Introdução – deverá apresentar o problema gerador da questão de pesquisa, a justificativa e o objetivo do estudo, nesta ordem.

Métodos – deverá conter a descrição do desenho do estudo, da população estudada, dos métodos empregados, incluindo, quando pertinente, o cálculo do tamanho da amostra, a amostragem, os procedimentos de coleta dos dados, as variáveis estudadas com suas respectivas categorias, os procedimentos de processamento e análise dos dados; quando se tratar de estudo envolvendo seres humanos ou animais, devem estar contempladas as considerações éticas pertinentes (ver seção Ética na pesquisa envolvendo seres humanos).

Resultados – síntese dos resultados encontrados: é desejável incluir tabelas e figuras autoexplicativas (ver o item Tabelas e figuras destas Instruções).

Discussão – comentários sobre os resultados, suas implicações e limitações; confrontação do estudo com outras publicações e literatura científica de relevância para o tema. O último parágrafo da seção deverá conter as conclusões e implicações dos resultados para os serviços ou políticas de saúde.

Agradecimentos – vêm após a discussão; devem ser nominais e limitar-se ao mínimo indispensável.

Contribuição dos autores – parágrafo descritivo da contribuição específica de cada um dos autores.

Referências – para a citação das referências no texto, deve-se utilizar o sistema numérico; os números devem ser grafados em sobrescrito, sem parênteses, imediatamente após a passagem do texto em que é feita a citação, separados entre si por vírgulas; em caso de números sequenciais de referências, separá-los por um hífen, enumerando apenas a primeira e a última referência do intervalo sequencial de citação (exemplo: 7,10-16). As referências deverão ser listadas segundo a ordem de citação no texto, após a seção Contribuição dos autores. As citações são limitadas a 30; para artigos de revisão sistemática e metanálise, não há limite de citações, e o manuscrito fica condicionado ao limite de palavras definidas nestas Instruções; o formato das Referências deverá seguir os *Recomendações para elaboração, redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em periódicos médicos*, do ICMJE (disponíveis em: <http://www.icmje.org/>)