



ASSOCIAÇÃO DO USO DE ÁLCOOL E DROGAS E A ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL

ASSOCIATION OF ALCOHOL AND DRUG USE AND ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL TREATMENT

ASOCIACIÓN DEL USO DE ALCOHOL Y DROGAS Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Regina Célia de Oliveira¹, Danielle Chianca de Andrade Moraes², Elizandra Cassia da Silva Oliveira³, Juliana da Rocha Cabral⁴, Jéssica Ferreira de Moura Pereira⁵, Cleytiane Stephany Silva Santos⁶

RESUMO

Objetivo: analisar o uso de álcool e drogas em pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana e adesão ao tratamento antirretroviral. **Método:** estudo quantitativo, analítico, com 322 pessoas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana assistidas no ambulatório de dois hospitais públicos de referência. Para a coleta de dados relacionada à adesão, foi utilizado o instrumento CEAT-VIH. Para avaliação do consumo de álcool e outras substâncias, utilizou-se o ASSIST. Realizou-se a análise descritiva das características sociodemográficas e criou-se um banco de dados no Programa Epi Info 7, versão 7.0.9. Foram comparados aos valores obtidos mediante a aplicação do CEAT-VIH. Na análise dos dados, foram empregados os testes de correlação de Pearson, teste de contingência de Qui-Quadrado com nível de significância de 0,05. **Resultados:** 44,72% da amostra apresentaram baixa adesão ao tratamento. O nível de adesão associado ao uso do álcool ($p=0,156$), tabaco ($p=0,215$), maconha ($p=0,434$) e cocaína ($p=0,155$). **Conclusão:** embora haja baixa adesão, não houve associação significativa entre o uso de álcool e drogas em pessoas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana e a adesão ao tratamento antirretroviral. **Descritores:** Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Adesão à Medicação; Antirretrovirais; Drogas Ilícitas.

ABSTRACT

Objective: to analyze the use of alcohol and drugs in people living with the human immunodeficiency virus and adherence to antiretroviral treatment. **Method:** quantitative, analytical study with 322 people living with the Human Immunodeficiency Virus assisted at the outpatient clinic of two public reference hospitals. For the collection of data related to adherence, the CEAT-HIV instrument was used. The ASSIST was used to evaluate the consumption of alcohol and other substances. A descriptive analysis of the sociodemographic characteristics was carried out and a database was created in the Program Epi Info 7, version 7.0.9. The values obtained through the application of CEAT-VIH were compared. The Pearson correlation test and the Chi square contingency test with a 0.05 significance level were used in the analysis of the data. **Results:** 44.72% of the sample presented low adherence to treatment. The level of adherence associated with use of alcohol ($p = 0.156$), tobacco ($p = 0.215$), marijuana ($p = 0.434$) and cocaine ($p = 0.155$). **Conclusion:** although there was low adherence, there was no significant association between alcohol and drug use in people living with Human Immunodeficiency Virus and adherence to antiretroviral treatment. **Descriptors:** Acquired Immunodeficiency Syndrome; Medication Adherence; Anti-Retroviral Agents; Street Drugs.

RESUMEN

Objetivo: analizar el uso de alcohol y drogas en personas viviendo con el virus de la inmunodeficiencia humana y adherencia al tratamiento antirretroviral. **Método:** estudio cuantitativo, analítico, con 322 personas viviendo con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana assistidas en el ambulatorio de dos hospitales públicos de referencia. Para la recolección de datos relacionada a la adherencia, fue utilizado el instrumento CEAT-VIH. Para evaluación del consumo de alcohol y otras sustancias, se utilizó el ASSIST. Se realizó el análisis descriptivo de las características sociodemográficas y se crió un banco de datos en el Programa Epi Info 7, versión 7.0.9. Fueron comparados a los valores obtenidos mediante la aplicación del CEAT-VIH. En el análisis de los datos, fueron empleados los testes de correlación de Pearson, test de contingencia de Chi-Cuadrado con nivel de significancia de 0,05. **Resultados:** 44,72% de la muestra presentaron baja adherencia al tratamiento. El nivel de adherencia asociado al uso del alcohol ($p=0,156$), tabaco ($p=0,215$), marihuana ($p=0,434$) y cocaína ($p=0,155$). **Conclusión:** aunque haya baja adherencia, no hubo asociación significativa entre el uso de alcohol y drogas en personas viviendo con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana y la adherencia al tratamiento antirretroviral. **Descriptor:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Cumplimiento de la Medicación; Antirretrovirales; Drogas Ilícitas.

¹Enfermeira, Professora Doutora, Universidade de Pernambuco, Universidade Estadual da Paraíba/UPE/UEPB. Recife (PE), Brasil. E-mail: reginac_oliveira@terra.com.br; ²Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Universidade de Pernambuco, Universidade Estadual da Paraíba/UPE/UEPB. Recife (PE), Brasil. E-mail: dani_chianca@hotmail.com; ³Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Universidade de Pernambuco, Universidade Estadual da Paraíba/UPE/UEPB. Recife (PE), Brasil. E-mail: elizandra.cassia@bol.com.br; ⁴Enfermeira, Mestranda em Enfermagem, Universidade de Pernambuco, Universidade Estadual da Paraíba/UPE/UEPB. Recife (PE), Brasil. E-mail: jucabral06@hotmail.com; ⁵Bacharelada em Enfermagem, Universidade de Pernambuco. Recife (PE), Brasil. E-mail: jehhferreira@hotmail.com; ⁶Bacharelada em Enfermagem, Universidade de Pernambuco/UPE. Recife (PE), Brasil. E-mail: cleytiane_stephany@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é considerada uma doença infecciosa e caracteriza-se por alterações em sua evolução. Passou a ser vista no decorrer do tempo como uma patologia relacionada aos comportamentos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), podendo acometer todas as pessoas, independentemente de classe, gênero, raça ou etnia, orientação sexual e faixa etária.¹

Segundo o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, desde o início da epidemia de AIDS no Brasil até junho de 2015, foram registrados no país 798.366 casos da doença, sendo 615.022 (77%) notificados no sistema de informação de agravo de notificação (SINAN), 45.306 (5,7%) e 138.038 (17,3%) no sistema de informação sobre mortalidade (SIM), sistema de controle de exames laboratoriais e sistema de controle logístico de medicamentos (SISCEL/SICLOM), respectivamente, identificados pelo relacionamento probabilístico dos dados como subnotificação do SINAN. Além disso, observam-se diferenças nas proporções dos dados em relação às regiões do país. As regiões Sul e Centro-Oeste possuem maior proporção de casos oriundos do SINAN do que o Norte, o Nordeste e o Sudeste.²

A distribuição proporcional dos casos de AIDS no país, segundo região, mostra a concentração dos casos nas regiões Sudeste e Sul, correspondendo cada qual a 53,8% e 20% do total de casos identificados de 1980 até junho de 2015; as regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte correspondem a 14,6%, 5,9% e 5,7% do total dos casos, respectivamente. Desde o início da epidemia em 1980 até dezembro de 2014 foram identificados 290.929 óbitos, tendo como causa básica AIDS (CID10: B20 a B24), sendo a maioria na região Sudeste (61%), seguida do Sul (17,4%), Nordeste (12,3%), Centro-Oeste (5%) e Norte (4,2%).²

Com a introdução da terapia antirretroviral (TARV) no Brasil, houve mudança no perfil da epidemia do HIV/AIDS, possibilitando ao longo dos anos um aumento da sobrevida das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA), de modo que a TARV permitiu transformar uma síndrome que anteriormente era percebida culturalmente como resultado de uma morte anunciada em uma doença crônica. A TARV tem proporcionado diminuição significativa na taxa de mortalidade, favorecendo um aumento substancial na contagem de CD4 e redução da carga viral, retardando a progressão da doença e aumentando a sobrevida dos pacientes.³

A adesão à TARV é de sua importância, uma vez que a falha do tratamento medicamentoso, pela não adesão, compromete a efetividade dos antirretrovirais e pode ocasionar em resistência viral,⁴ contudo, para uma adesão medicamentosa, deve-se entender o paciente com um papel ativo, de modo que ele participe e assuma as responsabilidades sobre seu tratamento.⁵ Apesar dos benefícios, muitas PVHA têm dificuldades de adesão, relacionadas não apenas às repercussões clínicas do tratamento, mas pela dificuldade de acesso ao serviço e, conseqüentemente, de acesso aos medicamentos.⁶

A adesão ao tratamento pelo uso da TARV aparece como um processo complexo, necessitando se compreender os fatores subjetivos intrínsecos à pessoa e ao seu grupo social que influenciam no processo de adesão, possibilitando uma real aliança terapêutica entre cliente e cuidador.⁷ Ressalta-se, ainda, que o número de óbitos por essa doença encontra-se em declínio nos últimos anos em vista da entrada e distribuição gratuita dessa terapia no Brasil.²

OBJETIVO

- Analisar a associação do uso de álcool e drogas em PVHA e a adesão à terapia antirretroviral.

MÉTODO

Estudo quantitativo, descritivo, exploratório. A população foi composta por PVHA adultos e jovens, em uso da TARV com registro no sistema de controle logístico de medicamentos (SICLOM). A amostra foi calculada considerando-se o nível de confiança de 95%, percentual de perdas de 10% e prevalência de 75%, obtendo um total de 322 sujeitos, sendo 112 em Garanhuns e 210 em Caruaru. A coleta de dados foi realizada no período de julho de 2015 a julho de 2016.

Foram incluídos os pacientes maiores de 18 anos, em uso da TARV há pelo menos 6 meses e realização de monitoramento nos últimos doze meses de contagem de CD4 e carga viral. Foram excluídos da pesquisa os portadores de deficiência mental que compromettesse o entendimento da pesquisa e as gestantes. O estudo foi realizado nos serviços de assistência especializada em HIV/AIDS (SAE), nos municípios de Garanhuns (Espaço Pró-Vida) e de Caruaru (Centro de Saúde Amélia Pontes), situados no agreste pernambucano.

No processo de coleta de dados em relação aos dados sociodemográficos e aspectos clínicos, utilizou-se um formulário composto

por blocos que contemplam as variáveis da pesquisa, sendo coletados por meio da entrevista e pesquisa nos prontuários dos pacientes, reunindo, assim, dados sobre as características sociodemográficas dos pacientes.

Para a coleta de dados relacionada à adesão, foi utilizado um instrumento espanhol validado para língua portuguesa, o CEAT-VIH, elaborado pelo Prof. Dr. Eduardo Remor da Universidade Autônoma de Madrid e autorizado o seu uso para esta pesquisa pelo autor. Este instrumento foi aplicado nos momentos que antecederam às consultas dos pacientes no ambulatório e teve como finalidade avaliar a adesão à TARV em PVHA. Este apresenta um caráter multidimensional, sendo constituído por 20 itens, abrangendo os principais fatores associados ao comportamento da adesão.⁸

Para avaliação do consumo de álcool e outras substâncias, optou-se pela aplicação de um instrumento validado denominado teste de triagem do envolvimento com álcool, tabaco e outras substâncias (ASSIST). Trata-se de um questionário estruturado contendo oito questões sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos e opioides). As questões abordam a frequência de uso, na vida e nos últimos três meses, problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas malsucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão e uso por via injetável. Cada resposta corresponde a um escore, que varia de 0 a 8. Considera-se a faixa de escore de 0 a 3 como

nenhuma intervenção, com exceção do álcool que varia de 0 a 10 nessa categoria; de 4 a 26 como indicativa de uma intervenção breve; e de 27 ou mais como indicativa de um tratamento mais intensivo.⁹

Para análise dos dados, obedeceu-se à orientação sugerida pelo autor do CEAT-VIH. Inicialmente, realizou-se a análise descritiva das características sociodemográficas e criou-se um banco de dados no Programa Epi Info 7, versão 7.0.9, no qual consta os dados obtidos por meio das entrevistas. Para dar continuidade à avaliação da adesão e o uso de álcool no presente estudo foram comparados aos valores obtidos mediante a aplicação do CEAT-VIH. Na análise dos dados, foram empregados os testes de correlação de Pearson, teste de contingência de Qui-Quadrado com nível de significância de 0,05. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), CAAE nº 55169316.0.0000.5192.

RESULTADOS

Na Tabela 1, observa-se o perfil sociodemográfico da amostra que se caracterizou por faixa etária entre 40 e 60 anos (51,24%), sexo masculino (61,18%), baixo nível de escolaridade representado pelo primeiro grau incompleto (45,03%), raça parda (48%) e sendo casados (39,4%).

O tempo de tratamento da PVHA pelos antirretrovirais variou de 6 meses a 20 anos, com média de 5,66 anos e desvio padrão de 4,5 anos. Em relação ao nível de adesão à TARV baseado no Cuestionario para la Evaluación de La Adhesión al Tratamiento Antirretroviral, obtivemos: (44,72%) baixa adesão, (29,19%) boa adesão e (26,09%) adesão regular.

Tabela 1. Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS em tratamento antirretroviral, segundo o perfil sociodemográfico, nos Serviços de Assistência Especializada de Caruaru e Garanhuns (PE), 2016, Brasil. (n=322)

Variáveis	n	%
Faixa etária		
18 a 28 anos	31	9,63
29 a 39 anos	103	31,99
40 a 60 anos	165	51,24
mais de 60 anos	23	7,14
Gênero		
Feminino	125	38,82
Masculino	197	61,18
Grau de instrução		
Nenhum	33	10,25
Primeiro Grau Incompleto	145	45,03
Primeiro Grau Completo	30	9,32
Segundo Grau Incompleto	24	7,45
Segundo Grau Completo	67	20,81
Superior Incompleto	11	3,42
Superior Completo	12	3,73
Raça (autodeclarada)		
Amarela	6	2,00
Branca	106	33,00
Indígena	3	1,00

Parda	155	48,00
Negra	52	16,00
Estado Civil		
Casado	127	39,44
Solteiro	121	37,58
Viúvo	26	8,07
Divorciado	48	14,91
Tempo de tratamento		
Menos de 1 ano (a partir de 6 meses)	8	2,48
1 a 5 anos	159	49,38
5 a 10 anos	110	34,16
mais de 10 anos	45	13,98
Nível de adesão (1)		
Boa	94	29,19
Regular	84	26,09
Baixa	144	44,72
Total	322	100

(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”

No que diz respeito à associação entre a adesão à TARV em PVHA e a classificação de intervenção por uso álcool, tabaco, maconha e cocaína, vê-se na Tabela 2 que na análise

referente não foi encontrada associação significativa entre essas observações ao uso de álcool (p=0,156), tabaco (p=0,215), maconha (p=0,434) e cocaína (p=0,155).

Tabela 2. Avaliação do nível de adesão e classificação de intervenção por uso de álcool, tabaco, maconha e cocaína nos Serviços de Assistência Especializada de Caruaru e Garanhuns-PE, Brasil, 2016. (n=322).

Intervenção por uso de álcool ⁽²⁾					
Nível de Adesão (1)	Nenhuma Intervenção	Intervenção breve	Tratamento intensivo	Total	Valor de p ⁽³⁾
Baixa	110	30	4	144	p= 0,156
Regular	70	13	0	83	
Boa	82	12	1	95	
Grupo Total	262	55	5	322	
Intervenção por uso de tabaco ⁽²⁾					
Nível de Adesão (1)	Nenhuma Intervenção	Intervenção breve	Tratamento intensivo	Total	Valor de p ⁽³⁾
Baixa	85	44	15	144	p=0,215
Regular	53	27	3	83	
Boa	64	22	9	95	
Grupo Total	202	93	27	322	
Intervenção por uso de maconha ⁽²⁾					
Nível de Adesão (1)	Nenhuma Intervenção	Intervenção breve	Tratamento intensivo	Total	Valor de p ⁽³⁾
Baixa	135	9	0	144	p=0,434
Regular	81	2	0	83	
Boa	89	6	0	95	
Grupo Total	305	17	0	322	
Intervenção por uso de cocaína ⁽²⁾					
Nível de Adesão (1)	Nenhuma Intervenção	Intervenção breve	Tratamento intensivo	Total	Valor de p ⁽³⁾
Baixa	141	3	0	144	p=0,155
Regular	83	0	0	83	
Boa	95	0	0	95	
Grupo Total	319	3	0	322	

(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”.

(2): Classificação realizada pelo instrumento ASSIST.

(3): A partir do teste Qui-Quadrado de Pearson.

DISCUSSÃO

A partir da análise, percebe-se que a caracterização sociodemográfica dos indivíduos converge com o perfil da epidemia do HIV no Brasil, ou seja, homens, com faixa etária acima de trinta anos, baixa escolaridade, baixa renda e a transmissão sexual como principal via de contágio.⁶

Acerca disso, um município de Itapira (SP) demonstrou que 69,50% das PVHA eram homens e 30,50% eram mulheres, caracterizando uma razão de masculinidade de 2 homens para 1 mulher.¹⁰ Uma pesquisa realizada em um hospital de referência para Pernambuco em doenças infectocontagiosas apontou que mais de 50% dos indivíduos também eram do sexo masculino, o que

porventura se assemelha aos dados do presente estudo.¹¹

De acordo com o Boletim Epidemiológico de DST/AIDS, no Brasil desde 1980 até junho de 2015 foram registrados 798.143 casos de AIDS, sendo 65% desse total de casos em homens e 35% em mulheres. No período de 2004 a 2008, a razão de sexos mantém-se em 15 casos em homens para cada dez casos em mulheres. No entanto, a partir de 2009, observa-se uma redução nos casos de AIDS em mulheres e aumento nos casos em homens, refletindo na razão de sexos, que passou a ser de 19 casos de AIDS em homens para cada 10 casos em mulheres em 2014.²

No que diz respeito à baixa escolaridade, esta por sua vez pode representar dificuldades para o acesso aos serviços de saúde. A baixa instrução também foi encontrada e descrita na literatura, que afirma que em seu estudo a AIDS atinge de forma mais abrangente pessoas de baixa escolaridade e com vulnerabilidades socioeconômicas.¹² Vários estudos em diferentes regiões do Brasil também apontaram a baixa escolaridade como a mais prevalente. Diante deste fato, pode-se extrair que uma baixa instrução ou baixo conhecimento acerca da TARV pode acarretar uma baixa adesão medicamentosa.^{1-2,12-3}

No aspecto raça, nesta pesquisa, predominou-se a parda, o que converge com os dados publicados do boletim epidemiológico de HIV/AIDS do ano de 2015. O mesmo mostra que, comparando-se a distribuição proporcional dos casos de AIDS segundo raça/cor por sexo desde 2005 até 2014, observou-se que não existe diferença nas proporções de brancos, amarelos, pardos e indígenas segundo sexo, exceto entre os negros, para os quais a proporção de homens é inferior à das mulheres. Além disso, segundo o boletim, tem-se observado um aumento na proporção de casos entre indivíduos autodeclarados como pardos e uma queda na proporção de casos entre brancos.²

Quanto à situação conjugal, neste estudo, constatou-se que a maioria era casada, seguida do estado civil solteiro; corroborando com esta pesquisa, foi observado que 55,4% dos pacientes eram solteiros e 36,3% era casados/em união estável.¹⁴

Referente ao tempo de tratamento e à TARV, estudos semelhantes também avaliaram a adesão medicamentosa através do CEAT-VIH e obtiveram o tempo de tratamento de 1 a 5 anos.¹⁴⁻⁵

Percebeu-se que a baixa adesão à TARV é preocupante. Os profissionais nesse contexto são de extrema importância, uma vez que é

através deles que ocorrem o incentivo, o esclarecimento e o despertar do cuidado com a própria saúde, buscando acima de tudo uma melhor qualidade de vida. Sabendo que a adesão medicamentosa insuficiente pode acarretar ocorrência de complicações, aumento do número de internações, de doenças oportunistas, maiores despesas para o Sistema Único de Saúde, superlotação, aumento da mortalidade e, principalmente, baixa qualidade de vida.³⁻⁴

Vê-se que a não adesão ao tratamento, especialmente para as PVHA, é um problema de maior amplitude. As consequências dessa situação prejudicam o próprio indivíduo que não adere, podendo afetar a população de um modo geral. Em seu estudo grande parte dos usuários também foi considerada em um nível de adesão “Insuficiente/Regular”, sabendo que uma adesão não suficiente pode levar a um baixo retardo da doença, diminuição da qualidade de vida, dentre outros, para os pacientes que necessitam do tratamento.¹⁶

No que se refere à associação de drogas à TARV não foi identificada uma associação significativa entre o nível de adesão e a necessidade de intervenção pelo uso de álcool e outras drogas (tabaco, maconha e cocaína). Deve-se ressaltar que esse fato também pode estar relacionado ao estigma ainda existente na sociedade, no que diz respeito ao uso de álcool e outras drogas, principalmente, quando há poucos relatos por parte dos usuários quando indagados a respeito.

Entretanto, percebe-se a necessidade de rastreamento contínuo do uso de substâncias como álcool e outras drogas como uma parte vital da melhoria da adesão à medicação do HIV e manutenção da saúde geral de PVHA a fim de propor ações de saúde que versem sobre promoção da saúde.¹⁷

Todavia, estudos encontraram um número significativo de usuários de tabaco, álcool e drogas ilícitas com um risco para baixa adesão, forte associação do uso de álcool e a falha na terapia aferida por meio do autorrelato do paciente e ainda que a não adesão fosse maior em indivíduos usuários de drogas lícitas e ilícitas, contudo consideram que esse dado não teve significância estatística.¹⁸⁻²⁰

Entretanto, vários fatores perpassam a adesão à terapia medicamentosa, dentre eles, de maneira prejudicial, o uso de drogas. Os autores afirmam que apesar das influências é preciso analisar o comportamento do paciente diante da doença e suas condições sociais e clínicas para concluir se o uso de álcool, tabaco e outras drogas interfere na eficácia da TARV.¹²

Nesse sentido, foi verificado que a maioria dos pacientes seguia as orientações para ter hábitos de vida saudável, visto que apenas uma pequena proporção fazia uso de drogas lícitas e ilícitas.⁶ A TARV quando associada ao álcool aumenta o risco de hepatotoxicidade e o tabaco traz complicações pulmonares e cardiovasculares; já drogas ilícitas, o risco de toxicidade.²¹ Com isso, podemos inferir a necessidade de os profissionais que acompanham as PVHA nos SAEs fazerem educação em saúde de forma a direcionar o não uso dessas substâncias mostrando os reais riscos da combinação. Esta ação pode contribuir para que o serviço tenha uma melhora no nível de adesão à TARV.

CONCLUSÃO

A baixa adesão das PVHA à TARV no agreste pernambucano fica evidenciada, levando ao pressuposto que há uma fragilidade no cuidado pautado na promoção da segurança à saúde dos usuários, apesar de não ter sido encontrada uma associação de baixa adesão à TARV com o uso de álcool e outras drogas (tabaco, maconha e cocaína).

Contudo, vale ressaltar que a adesão à TARV é influenciada por diversos fatores, tornando premente que todos os envolvidos na atenção às PVHA repensem a suas práticas assistenciais e reflitam sobre como envolver o usuário acerca de suas responsabilidades, não apenas no tratamento, mas também na sua saúde.

Sabe-se que o uso de álcool e outras drogas influenciam no autocuidado não só a PVHA. Ao fazerem uso dessas substâncias, os sujeitos podem estar vulneráveis a alterar o esquema do tratamento proposto. Sendo assim, a orientação sobre os malefícios e o uso consciente de tais drogas podem alterar positivamente os níveis de adesão.

REFERÊNCIAS

1. Souza CC, Mata LRF, Azevedo C, Gomes CRG, Cruz CEC, Toffano SEM. Interiorização do HIV/Aids no Brasil: um estudo epidemiológico. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2013;11(35):25-30. Doi: 10.13037/rbcs.vol11n35.1798
2. Ministério da Saúde (BR), Secretária de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico-HIV/AIDS [Internet]. 2015 [cited 2016 Sept 28];4(1):1-100. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/boletim-epidemiologico-hivaida-2015>
3. Morrison SD, Rashidi V, Sarnquist C, Banushi VH, Hole MK, Barbhuiya NJ, et al. Antiretroviral therapy adherence and predictors to adherence in Albania: a cross-sectional study. *J Infect Dev Ctries*. 2014 July; 8(7):853-62. Doi: 10.3855/jidc.3563.
4. Rodrigues JPV, Ayres LR, Filipin MDV, Oliveira JCN, Pereira LRL. Impacto do atendimento farmacêutico individualizado na resposta terapêutica ao tratamento antirretroviral de pacientes HIV positivos. *JAPHAC* [Internet]. 2015 [cited 2016 Sept 12];2(1):18-28. Available from: http://docs.wixstatic.com/ugd/e6f2ee_6d6f555b96e1474798b0340b15128800.pdf
5. Freitas JGA, Nielson SEO, Porto CC. Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Soc Bras Clin Med* [Internet]. 2015 [cited 2016 Sept 27];13(1):75-84. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2015/v13n1/a4782.pdf>
6. Silva ACO, Reis RK, Nogueira JA, Gir E. Qualidade de vida, características clínicas e adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014 Nov/Dec; 22(6):994-1000. Doi: 10.1590/0104-1169.3534.2508
7. Paschoal EP, Santo CCE, Gomes AMT, Santos EI, Oliveira DC, Pontes APM. Adesão à terapia antirretroviral e suas representações para pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2014 Jan/Mar; 18(1):32-40. Doi: 10.5935/1414-8145.20140005
8. Remor E. Systematic review of the psychometric properties of the questionnaire to evaluate the adherence to HIV therapy (CEAT-VIH). *Patient*. 2013; 6(2):61-73. Doi: 10.1007/s40271-013-0009-0.
9. Henrique IFS, De Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni MLOS. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Rev Assoc Med Bras*. 2004 Apr/Jun; 50(2):199-206. Doi: 10.1590/S0104-42302004000200039
10. Melo MC, Baragatti D, Castro DM. Perfil epidemiológico da AIDS: Série histórica de 1985 a 2010. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2013 Sept [cited 2016 Sept 29];7(9):5414-20. Available from: https://www.researchgate.net/publication/259715260_Epidemiologia_da_AIDS_serie_1985-2010
11. Jacques IJAA, Santana JM, Moraes DCA, Souza AFM, Abrão FMS, Oliveira RC. Avaliação da adesão à terapia antirretroviral entre pacientes em atendimento ambulatorial. *R Bras Ci Saúde*; 2014;18(4):303-08. Doi: 10.4034/RBCS.2014.18.04.04

Oliveira RC de, Moraes DCA, Oliveira ECS et al.

Associação do uso de álcool e drogas e a adesão...

12. Castro AP, Magalhaesa M, Lirio M, Paste AAL. Perfil socioeconômico e clínico dos pacientes internados com HIV/Aids em hospital de Salvador, Bahia. Rev Baiana Saúde Pública [Internet]. 2013 Jan/Mar [citado em 29 set 2016]; 37(Suppl 1):122-32. Available from: http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v37nSupl_1/a3429.pdf

13. Moraes DCA, Oliveira RC, Costa SFG. Adesão de Homens Vivendo com HIV / Aids Ao Tratamento antirretroviral. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2014 Oct/Dec;18(4):676-81. Doi: 10.5935/1414-8145.20140096

14. Fiuza MLT, Lopes EM, Alexandre HO, Dantas PB, Galvão MTG, Pinheiro AKB. Adesão Ao Tratamento antirretroviral: Assistência baseada integrante nenhum modelo de Atenção Às condições crônicas. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2013 Sept/Dec; 17(4):740-8. Doi: 10.5935/1414-8145.20130019

15. Resende RC, Podestá MHMC, Souza W, Barroso TO, Vilas Boas OMGC, Ferreira EB. Adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes vivendo com HIV/AIDS atendidos pelo Sistema Único de Saúde. Rev Universidade Vale do Rio Verde [Internet]. 2012 Aug/Dec; 10(2):186-201. Doi: 10.5892/ruvrv.2012.102.186201

16. Silva JAG, Dourado I, Brito AM, Silva CAL. Fatores associados a não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública. 2015 June; 31(6):1188-98. Doi: 10.1590/0102-311X00106914

17. Parsons JT, Starks TJ, Millar BM, Boonrai K, Marcotte D. Patterns of Substance Use among HIV-Positive Adults Over 50: Implications for Treatment and Medication Adherence. Drug Alcohol Depend. 2014 June; 139:33-40. Doi: 10.1016/j.drugalcdep.2014.02.704

18. Melo VH, Botelho APM, Maia MMM, Correa Júnior MD, Pinto JA. Illicit drug use by pregnant women infected with HIV. Rev Bras Ginecol Obstet. 2014 Dec; 36(12):555-61. Doi: 10.1590/So100-720320140005155

19. Furini AAC, Prates DC, Pezzini AP, Rabecin Junior LC, Regino BB, Schiesari Junior A, et al. Epidemiologia da coinfeção por HIV/HCV em um hospital escola de Catanduva, São Paulo - Brasil. Rev Inst Adolfo Lutz. 2014; 73(1):106-12. Doi: 10.18241/0073-98552014731594

20. Padoin SMM, Zuge SS, Santos EEP, Primeira MR, Aldrighi JD, Paula CC. Adesão À Terapia Antirretroviral Para Hiv / Aids. Cogitare Enferm. [Internet]. 2013 July/Sept [cited 2016 Sept 12];18(3):446-51. Available from:

revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/33553/21052

21. Silva RAR, Silva RTS, Nascimento EGC, Gonçalves OP, Reis MM, Silva BCO. Perfil clínico-epidemiológico de adultos hiv-positivo atendidos em um hospital de Natal/RN. J res fundam care online. 2016; 8(3):4689-96. Doi: 10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4689-4696

Submissão: 19/10/2016

Aceito: 12/09/2017

Publicado: 01/10/2017

Correspondência

Regina Celia de Oliveira
Rua Guedes Pereira, 180, Ap. 1903
Bairro Casa Amarela
CEP: 52060-150 – Recife (PE), Brasil