

PRISCILLA ARASHIRO

**ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EM PESSOAS VIVENDO COM HIV QUE SÃO
ATENDIDAS PELA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CAMPO GRANDE, MATO
GROSSO DO SUL, 2014-2018**

Campo Grande
2021

PRISCILLA ARASHIRO

**ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EM PESSOAS VIVENDO COM HIV
QUE SÃO ATENDIDAS PELA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CAMPO
GRANDE, MATO GROSSO DO SUL, 2014-2018**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Doenças Infecciosas e Parasitárias, da Faculdade de Medicina da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito ao título de Mestre em Doenças Infecciosas e Parasitárias.

Orientador: Prof. Dr. Everton Falcão de Oliveira.

Campo Grande
2021

PRISCILLA ARASHIRO

**ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EM PESSOAS VIVENDO COM HIV
QUE SÃO ATENDIDAS PELA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CAMPO
GRANDE, MATO GROSSO DO SUL, 2014-2018**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Doenças Infecciosas e Parasitárias, da Faculdade de Medicina da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito ao título de Mestre em Doenças Infecciosas e Parasitárias. Sob orientação do Prof. Dr. Everton Falcão de Oliveira.

A banca examinadora, após a avaliação do trabalho, atribuiu ao candidato o conceito_____.

Campo Grande, _____, de dezembro de 2021.

BANCA EXAMINADORA

NOTA/CONCEITO

Everton Falcão de Oliveira (Presidente)

Cláudia Du Bocage Santos Pinto (Titular)

Anderson Ravy Stolf (Titular)

Anamaria Mello Miranda Paniago (Suplente)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente e essencialmente a Deus que em tempos tão difíceis é o caminho absoluto da verdade; e à fé que nos torna mais conscientes e solidários.

Ao Prof. Dr. Everton Falcão de Oliveira, cuja competência e orientação possibilitaram a execução desse trabalho e que, além de todo profissionalismo, nunca me deixou desistir e, principalmente, é um exemplo de professor, ser humano e amigo.

Aos meus pais Antônio e Cinira que são a base dos meus princípios. São exemplos de vida e sempre incentivaram nas conquistas da vida.

Aos meus irmãos Letícia e Fernando que me apoiaram em todo processo.

À Sra. Inocência Meaurio que sempre manteve em oração as minhas intenções.

Aos amigos Ana Nowak, Márcia Siroma, Alana Pichineli, Samuel Trindade, Lissandra Carizzi, Gabriela Cruz e a todos os amigos que sempre torceram por mim.

Ao Guilherme Justi que esteve ao meu lado.

Aos alunos Camila Guadelupe, João César Pereira e Gabriel Serrano que contribuíram com o estudo na coleta e tabulação dos dados.

Aos profissionais Hospital Dia Esterina Corsini, especialmente, à enfermeira Livia e à farmacêutica Fernanda; e aos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, especialmente, Michela Pimpinatti, Orcidney Demétrio, Leonardo Marques, Maria Beatriz Almeida e Giordana Faccin e aos demais colegas que colaboraram direta e indiretamente para desenvolvimento do trabalho e acreditam na qualidade do atendimento em saúde.

"Desistir... eu já pensei seriamente nisso, mas nunca me levei realmente a sério; é que tem mais chão nos meus olhos do que o cansaço nas minhas pernas, mais esperança nos meus passos, do que tristeza nos meus ombros, mais estrada no meu coração do que medo na minha cabeça."

Cora Coralina

RESUMO

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) continua sendo um grande problema de saúde pública no Brasil. O atual protocolo clínico de tratamento brasileiro recomenda o início da terapia antirretroviral (TARV) a todos os adultos com sorologia positiva para o HIV, mesmo sem comprometimento imunológico. Atualmente, no contexto HIV/aids, um dos maiores desafios diz respeito à adesão da TARV. O consumo de álcool e outras drogas em pessoas vivendo com HIV (PVHIV) têm sido associados à diminuição da adesão ou descontinuidade da TARV. O indivíduo com transtornos mentais apresenta um risco aumentado de exposição em relação às infecções sexualmente transmissíveis. São poucos os estudos que aproximam saúde mental e adesão à TARV no Brasil. Outro aspecto complicador são que os serviços de assistências a esses indivíduos que trabalham dissociados. Deste modo, este estudo avaliou a adesão à terapia antirretroviral em PVHIV atendidas na CAPS e/ou eCR, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018. Os objetivos constituem em descrever o perfil clínico-epidemiológico de PVHIV com transtornos mentais moderados ou graves, descrever os esquemas terapêuticos e a adesão à TARV e identificar as variáveis associadas de má adesão à TARV. Fundamentado em dados primários (aplicação de questionário) e secundários (prontuários, sistemas de informações). A proporção de PVHIV com transtornos mentais moderados ou graves, vinculadas aos pontos de atenção da RAPS, no período de estudo foi de 8,8 casos a cada 1000 PVHIV. O perfil epidemiológico predominante foi do sexo masculino, brancos ou pardos, heterossexuais, com o ensino fundamental incompleto. Foram encontradas percentuais de 40,2% de coinfeções; 44,4% indicação do uso de drogas; 35,5% de ideações ou pensamentos suicidas. Em 1º lugar transtornos relacionados a abuso de substâncias e álcool, em 2º transtornos depressivos e 3º lugar transtornos ansiosos. Evidenciou-se baixa adesão à TARV em PVHIV com transtornos mentais. A falha terapêutica imunológica apresentou associação com os transtornos mentais, com a presença de coinfeções no período. Os resultados identificaram variáveis associadas à má adesão à TARV, como pessoas em situação de rua, ao uso abusivo de álcool e de drogas ilícitas, acompanhamentos irregulares nos serviços de saúde mental e infectologia. Os achados são importantes para auxiliar o trabalho das equipes de saúde e poderão subsidiar a proposição de melhorias das linhas de cuidado aperfeiçoando uma rede integrada para melhoria da saúde desse público atendido nessas regiões, além de gerar conhecimentos para o fortalecimento das políticas de cuidado no âmbito do SUS.

Palavras-chave: saúde mental, transtornos mentais, terapia antirretroviral, adesão.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

3TC	Lamivudina
ADT	Serviços de Assistência Domiciliar Terapêutica
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
ATV	Atazanavir
AZT	Zidovudina
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CD4	Grupamento de diferenciação 4 ou cluster of differentiation, em inglês)
CD8	Grupamento de diferenciação 8 ou cluster of differentiation, em inglês)
CEAT- VIH	Questionário para avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas com HIV/aids
CEDIP	Centro Especializado em tratamento de doenças infecto-parasitárias
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças
CTA	Centros de Testagem e Aconselhamento
DNA	Ácido desoxirribonucleico
DRV	Darunavir
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
DTG	Dolutegravir
eCR	Equipe de consultório na rua
EFV	Efavirenz
ETR	Etravirina
TARV	Terapia antirretroviral de alta potência/altamente ativa
HD	Hospitais dia
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
ICNV	Comitê Internacional de Nomenclatura de Vírus
IE	Imunoensaios
LPV/r	Lopinavir com reforço de ritonavir
LSD	Dietilamida do ácido lisérgico
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NVP	Nevirapina
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PVHIV	Pessoas vivendo com vírus da imunodeficiência humana
RAL	Raltegravir
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RNA	Ácido ribonucleico

RTV	Ritonavir
SAE	Serviços Ambulatoriais Especializados em HIV e Aids
SAMU	Serviço de Atenção Móvel de Urgência
SIA-SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde
SICLOM	Sistema de Gerenciamento Logístico dos Medicamentos Antirretrovirais
SIMC	Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas Vivendo com HIV/aids
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISCEL	Sistema de Informação de Exames Laboratoriais
SMAQ	Teste de Aderência
TARV	Terapia antirretroviral
TDF	Tenofovir
TR	Testes rápidos
UDM	Unidades Dispensadoras de Antirretrovirais
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	12
2.1. HIV/aids.....	12
2.1.1 Etiologia do vírus.....	12
2.1.2 Epidemiologia e vigilância.....	13
2.1.3. Fisiopatologia.....	14
2.1.4 Diagnóstico.....	15
2.1.5 Tratamento.....	16
2.1.6. Adesão ao Tratamento antirretroviral.....	16
2.2 Transtornos mentais.....	17
2.2.1 Definição.....	18
2.2.2. Diagnóstico.....	19
2.2.3 Tratamento.....	20
2.2.4. Fatores de risco.....	20
2.2.5. Epidemiologia de transtornos mentais.....	21
2.3. Aspectos gerais dos transtornos mentais e HIV.....	22
2.3.1. Fisiopatologia.....	22
2.3.2. Percepção, estigma e comportamentos associados ao diagnóstico.....	23
2.3.3. Fatores de risco ou associados à ocorrência conjunta de infecção pelo HIV e transtornos mentais	23
2.3.4. Epidemiologia de PVHIV com transtornos mentais.....	24
2.3.4.1 Abuso de álcool e drogas.....	25
2.4. Marcos normativos e políticas públicas de atenção ao HIV/AIDS.....	25
2.5. Marcos normativos e políticas públicas de atenção aos transtornos mentais.....	27
2.2.6. Contexto geral da adesão da TARV e transtornos mentais.....	33
3. OBJETIVOS	35
4. MATERIAL E MÉTODOS	36
4.1. Tipo de estudo.....	36
4.2. Local e período da pesquisa.....	36
4.3. Público alvo.....	36
4.4 .Dados do estudo.....	38
4.5. Variáveis do estudo.....	39
4.5.1. Definições de termos das variáveis dependentes.....	40
4.6. Análise de dados.....	41
4.7. Aspectos éticos.....	42

5. RESULTADOS.....	43
5.1. Caracterização sociodemográfica.....	43
5.2. Caracterização clínico-epidemiológica.....	44
5.3. Terapia antirretroviral e fármacos psicoativos.....	51
5.4. Associações entre adesão à TARV e as variáveis.....	53
5.5. Acompanhamento ambulatorial e adesão ao tratamento (TARV).....	58
5.5. Adesão à TARV com base no CEAT-VIH.....	61
6. DISCUSSÃO.....	72
7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
8. REFERÊNCIAS	80
ANEXO I.....	93

1. INTRODUÇÃO

A epidemia da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da aids representa fenômeno global, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros determinantes, do comportamento humano individual e coletivo (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001). A relação entre o HIV/aids e complicações neurológicas e deficiências cognitivas, referida como transtornos mentais associadas ao HIV, tem se tornado cada vez mais importante à medida que uma maior prevalência de abuso de substâncias, depressão, transtorno de estresse pós-traumático, distúrbios do sono e psicose foram observados em pessoas vivendo com HIV/aids (PVHIV) (NEDELCOVYCH *et al.*, 2017). Estima-se que a ocorrência destes transtornos seja entre 1,5 e 8 vezes maior em PVHIV quando comparado com a população em geral ou não infectada (NEDELCOVYCH *et al.*, 2017).

Indivíduos com transtornos mentais graves apresentam maior risco de infecção pelo HIV do que aqueles sem doença mental. Fatores associados a esse risco aumentado incluem comprometimento cognitivo, que pode diminuir a capacidade de autocuidado; falta de apoio social; falta de planejamento ou avaliação de risco inadequada; e condições econômicas desfavoráveis (GONZALEZ-TORRES *et al.*, 2015).

O tratamento do HIV/aids consiste no uso contínuo e regular da terapia antirretroviral (TARV), que é essencial para redução da carga viral e controle da infecção, melhoria da qualidade de vida e aumento da sobrevivência (OMS, 2015; UNAIDS, 2016; PEPFAR, 2016; MANGAL *et al.*, 2019). A definição de boa adesão à TARV inclui a tomada correta dos medicamentos, seguindo a dosagem pelo tempo preestabelecido, bem como o comparecimento nos serviços de saúde responsáveis pelo acompanhamento (BRASIL, 2007). A falta de adesão pode levar ao desenvolvimento de cepas de HIV resistentes aos antirretrovirais disponíveis (FORSTEIN, *et al.*, 2006).

O tratamento de transtornos mentais moderados e graves em PVHIV é complexo em decorrência das particularidades clínicas e comportamentais desses indivíduos (BRASIL, 2005). Adicionalmente, deve-se ainda considerar a carga de ambos diagnósticos (MURRAY *et al.*, 2012), o preconceito e o estigma enfrentados por estes indivíduos, que os caracterizam como populações negligenciadas (YI, *et al.*, 2015).

Embora a adesão à TARV e os fatores associados a não adesão sejam amplamente estudados (CARVALHO *et al.*, 2019), poucas publicações têm abordado a população alvo deste trabalho, composta de PVHIV com transtornos mentais (TUFANO *et al.*, 2014;

WILLIAM *et. al.*, 2021; BONOLO *et. al.*, 2008), e avaliado fatores relacionados ao acompanhamento na atenção especializada.

Considerando o exposto, a magnitude da problemática envolvendo PVHIV associada à baixa quantidade de publicações científicas sobre a adesão à TARV nesta população no Brasil, justifica-se a relevância deste estudo na caracterização clínica e epidemiológica de PVHIV com transtornos mentais moderados ou graves. Espera-se poder contribuir com informações que possam auxiliar no desenvolvimento de ações estratégicas, e no fomento de propostas de políticas públicas voltadas para melhoria da adesão à TARV, e à linha de cuidado para o público alvo deste estudo.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. HIV/aids

2.1.1 Etiologia do vírus

A ancestralidade do vírus da imunodeficiência humana-1 (HIV-1) foi rastreada até a infecção pelo vírus da imunodeficiência simia (SIV) em chimpanzés no centro-oeste da África, mas a origem do próprio SIV permanece desconhecida (BAILES *et al.*, 2006).

Segundo o Comitê Internacional de Nomenclatura de Vírus (ICNV), criado em 1966 para padronizar a nomenclatura de vírus, através de esquema taxonômico universal, o HIV teve origem a partir do SIV. Entretanto, cerca de 40 anos após sua descrição, a origem do vírus da imunodeficiência humana (HIV) ainda é incerta. Uma vez que os vírus representam infecções cruzadas de espécies (zoonóticas), especula-se que a rota de infecção humana com o SIV se deu pela exposição ao sangue de macacos durante sua caça e abate, e não pela ingestão da carne desses primatas pelo homem (GAL *et al.*, 2006).

O HIV pertence à família Retroviridae, subfamília Orthoretrovirinae, gênero Lentivirus (ICTV, 2009).

Embora a epidemia global de HIV tenha surgido por espécies do vírus HIV-1 na bacia do rio Congo provavelmente por volta de 1908, a epidemia de HIV hoje é muito diversa (HEMELAAR, *et al.*, 2011).

Em humanos, a infecção pelo HIV pode levar à síndrome da imunodeficiência humana adquirida (SIDA), cujo termo mais utilizado é a sigla da tradução desta síndrome em inglês: aids (acquired immunodeficiency syndrome). A similaridade entre as sequências genômicas do HIV-1 e do HIV-2 é de apenas 40% (BROOKS, 2000).

Os dois tipos de HIV são capazes de infectar seres humanos e causar a aids. Entretanto, o principal agente causador da infecção no mundo é o HIV-1. O HIV-2 foi primeiramente identificado no Oeste da África e está restrito a esta região, assim como em Portugal, Índia e casos raros já foram reportados em alguns países do Ocidente, Coreia e Filipinas (BARIN *et al.*, 1985; TAKEBE *et al.*, 2004).

2.1.2 Epidemiologia e vigilância

O HIV continua sendo um grande problema de saúde pública mundial, com uma carga de mais 36,3 milhões de mortes e, em 2020, uma média de 37,6 milhões de pessoas vivendo com HIV, segundo a OMS (BRASIL, 2021).

A vigilância epidemiológica do HIV, a partir de 2014, incluiu a notificação compulsória de casos de indivíduos infectados pelo vírus. Portanto, desde então passou a ser obrigatória a notificação tanto dos portadores por HIV, quanto das pessoas que vivem com aids. (BRASIL, 2014).

Segundo dados do Ministério da Saúde no ano de 2020, foram notificados no SINAN 342.459 casos de infecção pelo HIV no Brasil, diagnosticados 41.909 novos casos de HIV e 37.308 casos de aids. O município de Campo Grande contabilizava 6.002 casos de aids notificados no SINAN (BRASIL, 2020).

A taxa de detecção do HIV no país, em 2020, apresentou diminuição em relação aos anos anteriores, chegando a 17,8/100 mil habitantes. Contudo, a taxa de detecção do estado de Mato Grosso do Sul exibiu aumento de 11,1% entre 2009 e 2019 (BRASIL, 2020). O município de Campo Grande encontra-se em 10º lugar entre as capitais com maior taxa de detecção (por 100.000 hab.).

Desde 2016, a OMS recomenda que todas as pessoas que vivem com HIV recebam TARV ao longo da vida, incluindo crianças, adolescentes, adultos e mulheres grávidas e lactantes, independentemente do estado clínico ou contagem de células CD4. Globalmente, 27,5 milhões [26,5-27,7 milhões] de pessoas vivendo com HIV receberam TARV em 2020. Isso equivale a uma taxa de cobertura global de TARV de 73% [56-88%] (UNAIDS, 2021).

A comunidade internacional se comprometeu a acabar com a epidemia de aids como uma ameaça à saúde pública até 2030, através da meta tríplice 90-90-90, que propõe aos países atingirem, até 2020: 90% das PVHIV estimadas diagnosticadas; 90% das pessoas diagnosticadas em TARV; 90% das pessoas em TARV com carga viral indetectável (UNAIDS, 2021).

No relatório de dados de estatísticas mundiais sobre o HIV de junho de 2021: De todas as pessoas vivendo com HIV, 84% (68- >98%) sabiam seu status, 73% (57-88%) tinham acesso ao tratamento e 66% (53-79%) tinham uma carga viral indetectável, em 2020 (UNAIDS, 2021).

A tendência da infecção no Brasil pelos casos notificados de infecção pelo HIV são 69,4% casos em homens; com percentual de 52,7% no grupo de 20 a 34 anos; a escolaridade a maioria ignorada, seguido do ensino médio completo representando 21,1%; em relação a

raça/cor autodeclarada, maioria branca e parda; 51,6% dos casos foram decorrentes de exposição homossexual ou bissexual e 1,9% se deram entre usuários de drogas injetáveis (BRASIL, 2020).

À medida que a epidemia de HIV/aids entra em sua quarta década, a ampliação do uso da TARV, promoveu uma mudança na dinâmica da propagação da epidemia, tornando necessário complementar os dados de incidência da aids com outras fontes de informação como características sociodemográficas de casos novos, pesquisas comportamentais e definição de populações prioritárias (HEISTERKAMP *et al.*, 2008 SZWARCOWALD *et al.*, 2015).

Esses dados complementares obtidos a partir dos outros sistemas apresentam variáveis epidemiológicas importantes no processo de compreensão da epidemia no país (COELHO, 2019).

2.1.3 Fisiopatologia

O HIV-1 pode ser transmitido pelas vias sexual, vertical e parenteral, sendo esta última decorrente, principalmente, do compartilhamento de seringas ou agulhas contaminadas pelo vírus, bem como a utilização de hemoderivados contaminados (MANAVI, 2006).

A transmissão viral ocorre pela troca de uma variedade de fluidos corporais de pessoas infectadas, como sangue, leite materno, sêmen e secreções vaginais, sendo a via sexual a principal. Os fatores que aumentam os riscos de transmissão do HIV estão relacionados à alta viremia, imunodeficiência avançada e presença de outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) (QUINN, 2005).

O HIV utiliza-se de receptores e co-receptores presentes na superfície de linfócitos T ou macrófagos para que haja reconhecimento e adsorção do vírus, proporcionando o começo da infecção viral. A interação ocorre entre receptores CD4 que estão presentes na membrana da célula alvo e as moléculas presentes no envelope viral (MANAVI, 2006).

A característica mais marcante da infecção por HIV é a depleção seletiva de linfócitos CD4+, entretanto, este vírus também infecta monócitos, macrófagos, células de Langerhans, entre outras. A reprodução do vírus leva à morte as células infectadas, promovendo a destruição da arquitetura dos órgãos linfoides e a deficiência imune característica da síndrome (ABBAS; LICHTMAN; PILLAI, 2017), culminando no risco de aparecimento de doenças oportunistas.

2.1.4 Diagnóstico

Desde que a Food and Drug Administration (FDA) dos Estados Unidos aprovou o primeiro teste de diagnóstico de HIV em 1985, foram desenvolvidas quatro “gerações” adicionais de testes de anticorpos para o HIV (HURT *et al.*, 2017).

Considerando o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em adultos e crianças de 2018, que normatiza a testagem para o HIV em território nacional, os testes mais comumente utilizados no diagnóstico da infecção pelo HIV são:

- Testes de imunoenaios (IE) laboratoriais de 1º, 2º, 3º e 4º geração;
- Os testes rápidos (TR) são imunoenaios (IE);
- Os testes complementares utilizam diferentes formatos e princípios. Estão incluídos nessa categoria: western blot (WB), imunoblot (IB) ou imunoenaios em linha (LIA, do inglês line immunoassay), incluindo o imunoblot rápido (IBR) e imunofluorescência indireta.

Os testes laboratoriais atuais podem detectar os seguintes marcadores da infecção pelo HIV: ácido ribonucleico (RNA) ou ácido desoxirribonucleico (DNA) proviral; proteína p24; anticorpos anti-HIV (PAREKH *et al.*, 2018).

Um enorme progresso foi feito na identificação dos retrovírus do (HIV), o diagnóstico preciso da infecção pelo HIV é fundamental e representa o ponto de entrada dos pacientes infectados na cascata de tratamento (CAMBIANO; RODGER; PHILLIPS, 2011).

2.1.5 Tratamento

O acesso ao tratamento antirretroviral é um investimento inteligente e uma ferramenta essencial para acabar com a epidemia da aids. A terapia inicial deve sempre incluir combinações de três ARV, sendo dois ITRN/ ITRNt associados a uma outra classe de antirretrovirais (ITRNN, IP/r ou INI). Sua principal finalidade é retardar a progressão da imunodeficiência e restaurar a resposta imunológica de PVHIV (GRECO; PEDROSO; WESTIN, 2015).

A TARV para PVHIV resultou em uma redução da morbidade, aumento da sobrevida, melhoria na qualidade de vida, supressão da carga viral e prevenção da transmissão em todo o mundo (OMS, 2015; UNAIDS, 2016; PEPFAR, 2016; MANGAL *et al.*, 2019).

Diferentes estratégias terapêuticas foram criadas através do uso de combinações entre estas classes de drogas, na tentativa de minimizar este problema de saúde pública. Entre elas, a

terapia de dose fixa combinada em um comprimido de dose única diária conhecida como “três em um” (BRASIL, 2015).

A Nota Informativa Nº 07/2017, do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis (DCCI), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e do Ministério da Saúde (MS), orienta a substituição de esquemas de TARV para o uso do dolutegravir como esquema preferencial.

No intuito de auxiliar os serviços que acompanham as PVHIV na identificação, monitoramento e gestão, o Ministério da Saúde desenvolveu sistemas: o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) permite que se mantenha atualizado em relação ao fornecimento dos esquemas terapêuticos medicamentosos e informações clínico-laboratoriais dos pacientes em TARV. O Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (SISCEL) monitora exames dos PVHIV. O Sistema de Monitoramento Clínico (SIMC) gera relatórios dos usuários em *gap* (inglês = lacuna) de tratamento, ou seja, que nunca receberam antirretrovirais ou em abandono de tratamento por meio da emissão do relatório de usuários com atraso de dispensa de medicamentos superior a 100 dias.

2.1.6 Adesão ao tratamento antirretroviral

Atualmente, no contexto HIV/aids um dos maiores desafios diz respeito à adesão dos pacientes à TARV. Segundo diretrizes do Ministério da Saúde uma boa adesão ao tratamento significa tomar corretamente os medicamentos antirretrovirais, seguir as doses corretas pelo tempo preestabelecido, bem como aderir ao serviço de saúde responsável (BRASIL, 2007).

Apesar dos esforços dos órgãos de saúde, tanto no Brasil como em todo o mundo, que buscam soluções para aumentar a adesão a níveis ideais, ainda há muitas lacunas nos processos de tratamento que comprometem essa meta. Questões como preconceito, estigma, discriminações de gênero, de cor e classe social, renda e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde precisam ser alvo de estratégias (SANTOS, 2015).

Segundo uma revisão integrativa realizada por Carvalho et al., (2017), a adesão pode variar dentro de um mesmo país ou de uma região para outra, evidenciando o aspecto heterogêneo da infecção pelo HIV/AIDS, da adesão à TARV e dos fatores associados à mesma.

Regimes potentes de TARV são capazes de manter a supressão viral em taxas de adesão inferiores a 95%. Glass e Cavassini (2014) apontam que as maiorias dos estudos sobre o tema consideram que a adesão ocorre quando os PVHIV utilizam entre 80 e 100% das doses prescritas.

Apesar do enorme benefício trazido pela TARV, a falha viral é um problema frequente na prática clínica, seja pelas características farmacodinâmicas, interação desfavorável de medicamentos, por baixa adesão ao tratamento e por toxicidades, fatores que na maioria das vezes resultam em seleção de vírus com mutações que conferem resistência ao tratamento (GRINSZTEJN, 2011).

Não está estabelecido um método padronizado para a avaliação da adesão. A ausência de sistematização dificulta sua verificação e torna seu monitoramento um processo delicado na prática clínica. Atualmente, utilizam-se algumas estratégias ou indicadores, nos quais a adesão é investigada de forma indireta. Algumas das estratégias mais comuns para avaliar a adesão são: contagem de pílulas, auto relato, avaliação do profissional, diários, marcadores laboratoriais e registros da farmácia da unidade de saúde que dispensa a medicação (CARACIOLO, 2007).

A análise de registros de farmácia costuma ser amplamente utilizada porque os dados de modo geral são facilmente acessados no serviço de saúde, apresenta baixo custo para execução e as informações são mais objetivas (MCMAHON *et al.*, 2011, GRIMES *et al.*, 2013). É um método considerado adequado com relação à confiabilidade e à disponibilidade dos dados, sendo viável para o acompanhamento de PVHIV em TARV. A validação desse método foi demonstrada por diversos estudos que mostraram a relação da adesão com resposta virológica (BOER *et al.*, 2010).

Em seu estudo, DAGLI-HERNANDEZ *et al.* (2014) avaliaram qual o método indireto de avaliação da aderência reflete melhor a efetividade da TARV, comparando três métodos de aferir adesão, sendo eles a carga viral, duas medidas de autorrelato validadas (SMAQ e CEAT-VIH) e a dispensação na farmácia, sendo a último considerado mais eficaz.

O CEAT-VIH abrange os principais fatores que podem modular o comportamento da adesão em relação ao tratamento. Composto por 20 questões, avalia o grau de adesão dos pacientes à TARV em três níveis: baixa/insuficiente, regular e alta/estrita. A pontuação mínima é 17 e a máxima é 89, quanto maior a pontuação, maior o nível de adesão ao tratamento (REMOR, 2013).

A adesão à TARV é um processo dinâmico, multideterminado. É importante a obtenção de dados de fonte primária, não se limitando somente os dados de fonte secundária, bem como

de avaliar o intervalo de tempo entre o início do acompanhamento no serviço de saúde e o início da TARV (BRASIL, 2013).

Independente da técnica de medida utilizada, a relação do paciente com a sua doença, o seu tratamento com o serviço o qual está vinculado, com os profissionais envolvidos em seu tratamento, tudo isso pode ser considerado uma importante ferramenta para melhorar a adesão e permitir que os pacientes com comorbidades tenham melhor adesão e menor abandono (LIMA, 2006).

2.2 Transtornos mentais

2.2.1 Definição

Os transtornos mentais e comportamentais são classificados como doença com manifestação psicológica associada a algum comprometimento funcional resultante de disfunção biológica, social, psicológica, genética, física ou química. Podem ser classificadas, ainda, como alterações do modo de pensar e/ou do humor associadas a uma angústia expressiva, produzindo prejuízos no desempenho global da pessoa no âmbito pessoal, social, ocupacional e familiar (OMS, 1993).

Na visão operacional, as definições de transtornos mentais e sintomas são formuladas em função da utilidade na clínica ou orientadas a pesquisa, os dois sistemas são aceitos (MASH; HUNSLEY, 2007). A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) inclui listagem de todos os códigos da letra F (de F00 a F99).

O Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-V), permite a formulação de diagnósticos que, por sua vez, auxiliam na identificação da causa de uma determinada patologia, na previsão de sua evolução e no planejamento terapêutico (ARAÚJO; NETO, 2014).

Os modelos categoriais a respeito dos transtornos mentais existem porque facilitam projetos, a prescrição medicamentos, assim como o planejamento de ações e estruturação dos serviços (GOLDBERG; GOODYER, 2005).

Os transtornos podem representar um importante problema de saúde pública devido à sua alta prevalência e graves efeitos sobre o bem-estar pessoal, familiar, trabalho e uso de serviços de saúde (SILVA, 2018).

2.2.2 Diagnóstico

Historicamente na psiquiatria, desde 1922, Kraepelin citava que não existem sinais ou sintomas psicopatológicos específicos de transtorno mental, o diagnóstico deve ser pluridimensional (LOPES, 1964). Diversos paradigmas sobre a saúde mental, avanços na padronização da avaliação clínica e o aumento da confiabilidade dos diagnósticos foram apresentados no decorrer do tempo (MIRANDA *et. al.*, 2008). O diagnóstico, com exceção dos quadros psico-orgânicos (*delirium*, demências e etc), baseia-se principalmente nos dados clínicos através dos sinais e sintomas apresentados pelo indivíduo na história do transtorno. O diagnóstico pousa sobre anamnese, observação do curso do transtorno, conhecimento e habilidade do avaliador.

Exames complementares como os laboratoriais, de imagem (tomografias), funcionais (eletroencefalogramas), bem como testes neuropsicológicos auxiliam principalmente o diagnóstico diferencial.

Os critérios diagnósticos identificam sintomas, comportamentos, funções cognitivas, traços de personalidade, sinais físicos, combinações de síndromes e durações, exigindo perícia clínica para diferenciá-los das variações normais da vida e de respostas transitórias ao estresse e são definidos em relação a normas e valores culturais, sociais e familiares.

A definição do *National Institute of Mental Health* do transtorno mental severo e persistente, baseia-se em três aspectos: a) confirmação de diagnósticos de psicose não orgânica ou transtorno de personalidade; b) incapacidades; c) duração, no qual considera-se a história de dois anos de doença mental ou de tratamento por dois anos ou mais (SCHINNAR *et. al.*, 1990).

Para abordagem dimensional do diagnóstico dos transtornos mentais e auxiliar as definições para utilização clínica, convencionou dois grupos internalizantes, que representa transtornos com sintomas proeminentemente de ansiedade, depressivos e somáticos, e externalizantes, que representa transtornos com sintomas proeminentemente impulsivos, da conduta disruptiva e por uso de substâncias (APA, 2014).

2.2.3 Tratamento

A maioria dos métodos para tratar os transtornos de saúde mental pode ser classificada como somáticos ou psicoterapêuticos (FIRST, 2020).

Cerca de 10 a 15% das prescrições medicamentosas realizadas são destinadas a atender os processos mentais. O uso de fármacos com eficácia demonstrada em distúrbios psiquiátricos. Além disso, muitos fármacos utilizados para outras finalidades também modificam as emoções e a cognição, seja por parte de suas ações habituais ou por efeitos tóxicos da dosagem excessiva (SILVA, 1997).

A variedade de técnicas terapêuticas existentes que se baseiam em modelos conceituais diferentes, independentemente de ser individualizados ou coletivos, devem ser baseados em análises multiprofissionais e acompanhamento contínuo do indivíduo para a definição do método a ser aplicado. Podem ser utilizados diversos instrumentos de medida psicológica a fim de compreender e modificar os transtornos psicológicos que perturbam a vida do paciente.

As diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil endossam que o modelo de assistência deve contar com o princípio de integração entre os diversos serviços, constituindo um sistema integrado de referência e contrarreferência no qual as unidades devem funcionar de forma harmônica, com equipes multiprofissionais e seus componentes devem atuar interativa e integradamente, cada um exercendo o papel que é próprio de sua profissão, fazendo aparecer as relações de colaboração existentes entre todos, sempre em benefício dos pacientes e do compromisso com a atenção sanitária integral que lhes é devida (ABP, 2020).

2.2.4 Fatores de risco

Dentre os fatores de risco - de ordem genética/fisiológica/ambiental - para o desenvolvimento de transtornos mentais temos prematuridade, problemas pré e perinatais (etiologia genética, doenças maternas, complicações de parto, etc), atrasos no desenvolvimento, problemas comportamentais, doenças crônicas ou deficiências, patologias familiares, ambientais (p. ex., álcool, outras drogas, toxinas, teratógenos) e dificuldades sociais. (APA, 2014).

Os determinantes sociais como pobreza, escolaridade entre outros são descritos como fatores de risco envolvidos na incidência de transtornos mentais em adultos (OMS, 2014; FORD *et al.*, 2004; PICHE *et al.*, 2011). Assim, o processo de adoecimento envolve a interação entre a vulnerabilidade individual e as adversidades ambientais (APA, 2014).

Transtornos mentais foram mais descritos em pessoas com doenças crônicas (KATON, 2011; MOUSSAVI *et al.*, 2007) e causam prejuízos e incapacidades funcionais comparáveis ou

mais graves que os transtornos crônicos (MARAGNO *et al.*, 2006), assim como taxas de mortalidade mais altas quando comparados com a população em geral (PATEL; KLEINMAN, 2003).

Alguns investigadores têm sugerido que pessoas com transtornos mentais graves podem utilizar álcool e drogas como uma forma de tentativa de reduzir o desconforto por sintomas como ansiedade e depressão (SCHEIER; SIRIS, 1987).

2.2.5 Epidemiologia de transtornos mentais

Os transtornos mentais correspondem cerca de 12% da carga mundial de doenças e a 1% da mortalidade (OPAS, 2011; POLANCZYK *et al.*, 2015), respondem por 32,4% dos anos de vida vividos com incapacidade (VIGO; THORNICROFT; ATUN, 2016).

A prevalência global de pelo menos um transtorno mental ao longo da vida foi de 44,8% (VIANA; ANDRADE, 2012) e cerca de 20 a 25% (SILVA; SANTANA, 2012).

A prevalência de depressão e outros transtornos mentais foi apresentada no estudo de carga global de doenças e, neste, estimou-se que a prevalência de depressão tenha aumentado 18,4% entre 2005 e 2015 (OMS, 2011).

O relatório apontou o Brasil como o país com a maior prevalência de transtornos de ansiedade nas Américas: o problema afetava 9,3% da população, o equivalente a 18,6 milhões de pessoas. Transtornos depressivos foram relatados por 5,8% dos brasileiros ou 11,5 milhões de pessoas (OMS, 2011).

Cerca de uma em cada quatro pessoas que procuram a atenção básica tem algum transtorno mental, sendo a primeira causa para isso são os problemas relacionados ao uso do álcool, (cerca de um em cada dez adultos) e a segunda causa são os chamados transtornos mentais graves e persistentes, que incluem a esquizofrenia e as psicoses afetivas (BRASIL, 2013).

Indivíduos com transtornos mentais graves apresentam doenças físicas mais frequentes e expectativa de vida reduzida comparada a população geral (BANZATO; DALGALARRONDO, 2017). Esses são bem menos frequentes, mas trazem grande impacto na saúde global das pessoas. No Brasil, 3% da população sofrem com transtornos mentais graves e persistentes e 6% têm transtorno psiquiátrico grave provocado por uso de álcool ou de outras drogas (BRASIL, 2013).

2.3 Aspectos gerais dos transtornos mentais e HIV

2.3.1 Fisiopatologia

O HIV normalmente não contribui diretamente para a epigênese dos sintomas psiquiátricos, mas, em vez disso, o fardo da doença, sintomas médicos e fatores psicossociais, como estigma e luto, podem resultar no desenvolvimento de sintomas ou na exacerbação de condições psiquiátricas pré-existentes (DURVASULA; MILLER, 2014).

Por outro lado, os transtornos psiquiátricos podem ser resultantes da própria infecção pelo HIV, pela ação do mesmo no sistema nervoso central (SNC), pela ocorrência de doenças oportunistas ou mesmo pela ação de medicamentos utilizados no tratamento (MORAES *et al.*, 2006).

Os transtornos mentais em PHIV podem contribuir para a progressão mais rápida da doença (MOORE *et al.*, 2012). Na era da TARV, ainda não está claro se a TARV protege o cérebro restringindo o progresso da infecção inicial pelo HIV no SNC ou controlando a replicação na periferia e reduzindo a chance de reinfeção viral posterior do cérebro, sabe-se que pode melhorar o desempenho em alguns pacientes com comprometimento cognitivo associado ao HIV 1 (OWE-LARSSON; SALAMON; ALLGULANDER, 2009).

As sequelas neuropsiquiátricas em PVHIV podem incluir déficits de atenção, concentração, linguagem, habilidades executivas, processamento de informações e, subsequentemente, aspectos do funcionamento motor. Isso também pode ser acompanhado por abstinência depressiva, impulsividade, sintomas maníacos, psicose orgânica com características paranóicas, alterações do sono (hipersonia), julgamento prejudicado, desorientação ou mesmo delírios (OWE-LARSSON; SALAMON; ALLGULANDER, 2009).

Portanto, sem deixar de reconhecer a prioridade do tratamento médico, é importante destacar a necessidade de contemplar os aspectos psicológicos relacionados com a doença e incorporar a assistência psicológica aos tratamentos por HIV. A avaliação clínica cuidadosa e a utilização de instrumentos de rastreio podem melhorar a efetividade do clínico e do pesquisador no diagnóstico diferencial de demência e outros transtornos psiquiátricos. (BOTTINO *et al.*, 2011). Tendo em vista que a doença psiquiátrica está presente em quase metade dos indivíduos soropositivos, o conhecimento do espectro de transtornos mentais entre pacientes com HIV é de vital importância.

2.3.2 Percepção, estigma e comportamentos associados ao diagnóstico

ELKINGTON *et al* (2010) identificaram, em estudo brasileiro, as associações entre a percepção do estigma da doença mental grave e os comportamentos de risco de HIV.

Entre os fatores relacionados ao HIV e os transtornos mentais destacam-se a cronicidade e a gravidade da doença, os efeitos adversos da TARV e, ainda, a necessidade de lidar com estressores complexos, persistentes e incontroláveis (SEGERSTROM, 2005) como a discriminação, alterações corporais, da dor e o medo do adoecimento e da morte (TUNALA, 2002; BRASIL, 2018), isolamento nos estágios mais avançados da doença, falta de apoio e aceitação, fatores quando prolongados a saúde mental provavelmente será afetada negativamente, constituindo um quadro patológico psíquico (FREEMAN, 2007, MOUSAV *et al.*, 2007; KATON, 2011).

O uso nocivo de substâncias psicoativas como a cocaína bloqueia a recaptação de dopamina, gerando uma síndrome autonômica, com euforia e impulsividade, tais comportamentos, levam à percepções subjetivas fora da realidade, padrão mal adaptativo de uso, resultando em prejuízo ou sofrimento significativo, em fracasso em cumprir obrigações importantes (sociais, familiares) e perigo físico para si ou terceiros.

Pacientes com dependência de substância grave endossaram estigma de HIV mais elevados, em geral e relacionados, a estereótipos, sentimento de culpa pela infecção com base em como ela foi adquirida, autojulgamentos e vergonha por ser HIV positivo (LEVI-MINZI E SURRATT, 2014).

No processo de exclusão social vivenciado atualmente por segmentos populacionais mais vulneráveis, as pessoas que vivem e convivem com HIV/aids e as pessoas em situação de sofrimento psíquico e transtornos mentais são afetadas social e economicamente, tendo em vista as limitações pessoais e situações de incapacidades, circunstanciais ou crônicas, decorrentes do estado de saúde física e mental (ICKOVICS; MEISLER, 1997; METHA; MOORE; GRAHAM, 1997).

2.3.3. Fatores de risco ou associados à ocorrência conjunta de infecção pelo HIV e transtornos mentais

O paciente com transtornos mentais possui risco aumentado de exposição em relação às infecções sexualmente transmissíveis. Quando esses pacientes são portadores de HIV/AIDS, a

associação destes fatores de risco cria uma situação de absoluta vulnerabilidade, comprometendo o direito à saúde e à vida desta população (GUIMARÃES *et al.*, 2009).

Indivíduos com transtornos mentais apresentam maior risco de se infectar pelo HIV do que a população geral. Pacientes com esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos, depressão, ansiedade, transtorno bipolar e abuso/dependência de álcool e outras drogas parecem estar mais vulneráveis ao risco de infecção pelo HIV. Fatores tais como ter múltiplos parceiros e práticas sexuais desprotegidas aumentam o risco da transmissão do HIV e outras IST (MEADE, SIKKEMA, 2005; CAMPOS *et al.*, 2008; WAINBERG *et al.*, 2008).

O diagnóstico psiquiátrico de doença mental grave está associado a comportamentos sexuais de risco estando mais propensos a relatar a troca de sexo por dinheiro ou drogas, do que pessoa que têm outros diagnósticos (MCKINNON *et al.*, 1996).

Sabe-se que o sofrimento psíquico e o desenvolvimento de transtornos mentais em PVHIV podem acarretar prejuízos à adesão ao tratamento antirretroviral (SARI ET al., 2009) e aumento do risco de transmissão da doença (BENTON, 2008; RABKIN, 2008; MOSACK *et al.*, 2009).

Os efeitos da terapia de grupo cognitivo-comportamental e do apoio/aconselhamento dos pares na redução do sofrimento psicológico e na melhoria da qualidade de vida em pacientes chineses com doença por HIV indicaram que o humor dos participantes do grupo da terapia melhorou significativamente a qualidade de vida neste grupo em comparação a termos de raiva, ansiedade-tensão, depressão, confusão e humor geral, incertezas da doença em comparação com os outros dois grupos (MOLASSIOTIS *et al.*, 2002).

Acrescido de um complicador a mais, pois os serviços de assistências a esses pacientes também são dissociados (GUIMARÃES *et al.*, 2009). O impacto sobre a saúde mental não tratada e do abuso de substâncias, questões psicossociais e o acesso precário ou inconsistente a cuidados médicos gera um conjunto complexo de necessidades (KLINKENBERG, 2004).

2.3.4 Epidemiologia de PVHIV com transtornos mentais

Um estudo multicêntrico realizado no Brasil com 2.475 pacientes psiquiátricos mostrou que a prevalência de infecção pelo HIV nesse grupo foi 0,8%, superior à encontrada na população geral (0,6%) (GUIMARÃES *et al.*, 2009).

Taxas de prevalência em PVHIV para distímia foi relatada em até 27% (BING *et al.*, 2001; GALVAN *et al.*, 2002) comparada a valores de 5% de distímia na população sem

soropositividade (KESSLER *et al.*, 1994), taxas de história de transtorno de humor ou ansiedade ao longo da vida por volta dos 50% (ATKINSON *et al.*, 2008).

Estudos que analisam a prevalência de transtornos mentais entre PVHIV são poucos, principalmente no Brasil, e os resultados encontrados em relação aos estudos internacionais ainda são índices variáveis.

2.3.4.1 Abuso de álcool e drogas

Em relação às drogas ilícitas, a prevalência de PVHIV que utilizavam ou já utilizaram foi cerca de quatro vezes superior ao observado na população geral, segundo o Relatório Mundial de Drogas 2017. A soroprevalência do HIV entre outras populações de usuários de drogas também é desproporcionalmente alta. Pessoas que receberam alta de hospitais gerais com transtorno de uso de substância documentada têm duas vezes mais probabilidade de estar infectadas pelo HIV do que aquelas sem transtorno de uso de substância (STOSKOPF *et al.*, 2001).

Além disso, estudos de indivíduos admitidos em tratamento por abuso ou dependência primária de álcool encontraram taxas de infecção por HIV variando de 5% a 10,3%, taxas que são 10 a 20 vezes maiores do que para a população em geral (MCQUILLAN *et al.*, 1997).

Nos EUA foram relatados 8 a 12% da população foi classificada como etilistas pesados, 13% como dependentes de drogas e 26% como usuários de uma droga diferente da maconha sem dependência aparente em PVHIV. Por comparação, a prevalência de qualquer transtorno por uso de substâncias na população em geral sem infecção pelo vírus HIV é estimada em cerca de 11%, os transtornos relacionados ao uso de álcool são estimados em 7% a 10% e em torno de 3% para transtornos dependência de drogas (KESSLER *et al.*, 1994).

Ao considerar o uso de drogas em PVHIV que são atendidos em serviços de saúde mental na província de Gauteng da África do Sul, a prevalência encontrada neste grupo foi duas vezes aquela descrita para a população geral do país (MOKGATLE, 2021).

2.4 Marcos normativos e políticas públicas de atenção ao HIV/aids

A Política Nacional de IST foi proposta com o objetivo de subsidiar ações de saúde voltadas para essa doença, visto ser dever do Estado promover condições para o controle das IST e enfrentamento da epidemia de HIV no país.

No início da década de 90, foi estabelecida rede para diagnóstico, desde então foram estruturadas diferentes modalidades assistenciais no país, tais como os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), os Serviços Ambulatoriais Especializados em HIV e Aids (SAE), as Unidades Dispensadoras de Antirretrovirais (UDM), os Hospitais Dia (HD) e os serviços de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT).

Com o desenvolvimento dos inibidores da protease e esquemas combinados, houve uma importante mobilização da sociedade civil organizada, da academia e das instituições públicas de saúde, propiciando a promulgação da Lei Federal nº 9319 de 1996, que tornou obrigatória a distribuição gratuita dos ARV pelo SUS. Considerado marco legal do acesso universal ao tratamento da aids no Brasil.

Como forma de reduzir a incidência de casos de aids entre usuários de drogas injetáveis, surgiram os Programas de Redução de Danos (RD). Com o passar dos anos, Silva e Pinheiro (2019) citam que o avanço dessas práticas de RD vai se consolidando e ganhando espaço, com objetivos de olhar para os usuários de drogas com “pensamentos menos centrados no controle e na repressão”, visando o bem-estar da pessoa, buscando a melhoria dele como também da população e operando com os princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS.

Os Consultórios na Rua, conforme explicam TRINO *et al.* (2015), surgiram a partir da junção das experiências da Atenção Básica, dirigidas à população em situação de rua em algumas cidades brasileiras e dos Consultórios de Rua, focados na atenção à dependência química desta população, através de projetos promovidos pela Coordenação Nacional de Saúde Mental. Como serviço componente da Atenção Básica na Rede de Atenção Psicossocial, deve contar com uma equipe multiprofissional e integrar suas ações junto às Unidades Básicas de Saúde, CAPS, Serviços de Urgência e Emergência e outros pontos de atenção.

A 69ª Assembleia Mundial da Saúde aprovou a "Global Health Sector Strategy on HIV for 2016-2021". A estratégia inclui cinco orientações que guiam ações prioritárias para os países ao longo dos próximos seis anos, sendo uma delas entregar com equidade (abrangendo as populações que precisam dos serviços).

A política brasileira de enfrentamento ao HIV/aids reconhece que nenhuma intervenção de prevenção isolada é suficiente para reduzir novas infecções, e que diferentes fatores de risco de exposição, transmissão e infecção operam, de forma dinâmica, em diferentes condições sociais, econômicas, culturais e políticas.

Dentro das esferas de responsabilidade, os municípios incorporam o conceito do cuidado na reorientação de uma saúde centrada não somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco.

O Município de Campo Grande no desenvolvimento dessa assistência conta com as referências do Centro Especializado em Tratamento de Doenças Infecto-parasitárias – CEDIP. O atendimento e acolhimento são feitos por meio de encaminhamento referenciado, para pacientes portadores de qualquer patologia infecciosa e parasitária que não sejam manejadas/acompanhadas na atenção básica (pacientes coinfectados com HIV).

Outro ponto de referência para o atendimento é a Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UDIP-HUMAP-UFMS).

No âmbito da atenção primária à saúde, em 2016 iniciou descentralização testes rápidos de HIV para todas as unidades de saúde. Em 2018 as unidades de saúde mental fomentaram a rotina dos testes rápidos na população sob sua assistência. Recentemente foi instituído em Campo Grande o “Compartilhamento do Cuidado da Pessoa Vivendo com HIV”, que descentralizou a dispensação de TARV e o cuidado de PVHIV para 22 unidades referência na atenção básica (Resolução SESAU n. 614, de sete de julho de 2021).

Como espaços de discussão de políticas públicas, o município dispõe de comitês técnicos e comissões de saúde com a participação social. Ainda que a passos lentos, há avanços significativos para a construção da linha do cuidado de atenção às PVHIV, voltadas para os princípios do SUS.

2.5 Marcos normativos e políticas públicas de atenção aos transtornos mentais

Em 2009, foi instituída a Política Nacional para População em Situação de Rua, define como população em situação de rua: “grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória”.

Dados até março de 2020, o número estimado de pessoas em situação de rua no Brasil era de 221.869 pessoas (IPEA, 2020).

Em 2011 a Lei n. 10.216, é considerada o Marco Legal da Reforma Psiquiátrica, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Entre as políticas públicas e estratégias de acolhimento e assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em saúde mental,

independente da associação com outras comorbidades, encontra-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

A RAPS tem por objetivo específico: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

A ordenação do SUS está desenhada em níveis de atenção: básica, média e alta complexidade. Na atenção básica as ações compreendem promoção, prevenção e proteção à saúde, tendo as unidades da atenção primária a principal estratégia. No nível secundário, a prática é pautada pelo atendimento e tratamento por especialidades. O nível terciário contempla as internações/hospitalizações e o quaternário envolve as práticas de reabilitação (DAMOUS E ERLICH, 2017).

A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

I - Atenção Básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Unidade Básica de Saúde: **1.** Equipes de Atenção Básica; **2.** Equipes de Atenção Básica para populações específicas; **3.** Equipe de Consultório na Rua; **4.** Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório. **5.** Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.

b) Centros de Convivência e Cultura;

II - Atenção Psicossocial, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades.

b) Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais Especializadas;

III - Atenção de Urgência e Emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) SAMU 192;

b) Sala de Estabilização;

c) UPA 24 horas;

d) Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro em Hospital Geral;

e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros.

IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Unidade de Acolhimento;

b) Serviços de Atenção em Regime Residencial.

V - Atenção Hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade de Referência Especializada em Hospital Geral;
- b) Hospital Psiquiátrico Especializado;
- c) Hospital dia;

VI - Estratégias de Desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:

- a) Serviços Residenciais Terapêuticos.

VII - Estratégias de Reabilitação Psicossocial:

- a) Iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

A Reforma Psiquiátrica possibilitou a construção e a incorporação de novos referenciais na atenção aos chamados portadores de transtornos mentais no país (GUIMARÃES *et al.*, 2009). Os municípios assumem a responsabilidade de cuidar de seus usuários pautados pelos princípios e diretrizes da reforma psiquiátrica (LUZIO; L'ABBATE, 2009).

Os principais pontos de atenção da RAPS, disponíveis no município de Campo Grande, são:

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são unidades que prestam serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, que realiza atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial, promovendo assistência integral para diferentes demandas, desde as mais simples às mais complexas/graves. As equipes realizam o acompanhamento dos casos de transtornos mentais moderados a graves encaminhados da atenção básica.

São cinco unidades de referência de atendimento multidisciplinar e cuidado ao paciente com transtorno mental acima de 18 anos, por região de saúde do município. O CAPS Aero Rancho é tipo III e atende a região do Anhanduizinho com 14 leitos de abrigamento, o CAPS Afrodite é tipo III e atende a região do Centro e Bandeira com 12 leitos, o CAPS Vila Almeida é tipo III e atende a região do Imbirussu e Lagoa com 08 leitos, o CAPS Vila Margarida é tipo III atende a região do Prosa e Segredo com 08 leitos. O CAPS álcool e Drogas é tipo IV e conta com 20 leitos e atende toda região de Campo Grande. O CAPS infanto-juvenil conta com 08 leitos e atende toda região de Campo Grande transtornos mentais até 18 anos.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) são moradias ou casas destinadas a cuidar de pacientes com transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência e que não possuam suporte social e laços familiares. Além disso, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) também podem acolher pacientes com transtornos mentais

que estejam em situação de vulnerabilidade pessoal e social, como, por exemplo, moradores de rua. A Residência Terapêutica “Miguel de Cervantes” conta 10 leitos para acolhimentos de longa permanência

As Unidades de Acolhimento (UA) oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24h/dia, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. O tempo de permanência nessas unidades é de até seis meses. A Unidade de Acolhimento conta com 15 leitos, vinculada ao CAPS AD IV.

As Equipes de Consultório na Rua (eCR): equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade desta equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental. Campo Grande conta com 01 equipe habilitada de consultório na rua com os profissionais: Assistente social, enfermeiro, psicólogo, fonoaudiólogo, técnico de enfermagem.

O Ambulatório de Saúde Mental é uma estrutura situada no nível de atenção secundária, oferta um cuidado especializado podendo ser atendimento psicoterápico individual ou em grupo a todas as faixas etárias e que não estão no escopo da atenção básica, mas desempenhando uma função complementar, geralmente com transtornos leves a moderados que são manejados em conjunto com equipe da APS. O Ambulatório Municipal de Saúde Mental é equipado com Equipe Tipo III com 03 psicólogos, 02 técnicos de enfermagem, 02 administrativos, 07 psiquiatras, com oferta média de 940 atendimentos por mês. Atende o estado todo, proposta de atendimento da microrregião que não possui CAPS.

As referências hospitalares são: Hospital Regional – 12 leitos para álcool e drogas (adulto) Hospital Nosso Lar – 30 leitos para transtorno mental (adulto);

No município de Campo Grande os Centros de Atenção Psicossocial são classificados em tipo III e IV, segundo a Lei 10.216, de 06/04/2001 e a Portaria 336/2002 do Ministério da Saúde. Quanto ao tipo de serviço o Modelo CAPS tipo III e IV destinado para municípios com mais de 200 mil habitantes, funcionamento 24 horas e equipe mínima.

Em 2015 foi implantado a Equipe Reguladora de Fluxo da Psiquiatria, que realiza controle de leitos, qualificação dos encaminhamentos e apoio institucional principalmente relacionado ao acesso dos leitos dos CAPS ou urgências psiquiátricas.

Em 2017 foi implantado o serviço de transporte de saúde mental que realiza o transporte dos pacientes regulados aos serviços de saúde mental e o Programa de Prevenção ao Suicídio

com atendimentos no Ambulatório de Saúde Mental para adultos e no Centro de Especialidades Infantis para crianças e adolescentes através de acolhimento e consultas com psicólogo e psiquiatra conforme a necessidade do usuário

Em 2020 iniciou consultas compartilhadas do psiquiatra com o clínico geral da atenção básica e atendimento domiciliar compartilhado e em 2021 as reuniões de matriciamento realizadas com equipe multiprofissional por regiões de saúde. O ambulatório tem então justificada sua potencialidade na dinâmica de um trabalho que requer tempo e que se destina a uma determinada clientela intermediária à APS e ao CAPS.

A elegibilidade do serviço que irá atender e acompanhar o paciente com transtornos mentais irá depender em grande parte da escuta qualificada. A atenção básica como porta de entrada principal e ordenadora do cuidado tem essa função de analisar as necessidades do usuário e acionar a rede de atenção.

Os transtornos considerados leves e/ou moderados que não necessitem de acompanhamento multiprofissional por estas equipes, são encaminhadas pela atenção básica, pelo próprio CAPS ou outra porta de atendimento e após acolhimento e escuta qualificada para consultas especializadas no ambulatório de saúde mental atualmente localizado no Centro de Especialidades Médicas.

Na saúde mental, a escuta, o acolhimento e o vínculo caracterizam-se como ações preponderantes para as intervenções, sendo tecnologias estratégicas para o cuidado no território, permitindo uma “intimidade terapêutica” no sentido de o trabalhador estar aberto à escuta das necessidades de saúde do usuário, em uma postura mais acolhedora (MIELKE, 2011).

Dito isso, um dos desafios que o profissional de saúde mental encontra na prática institucional é sustentar uma escuta que inclua a subjetividade daquele que sofre, num ambiente que em geral prima por uma prática de caráter normatizador a partir de um saber prévio, muitas vezes vinculado aos ideais de bem e cura (RINALDI, 2006.)

“Os centros e postos de saúde recebem uma clientela que sofre do corpo e da vida, mas suporta o ir e vir cotidiano para se tratar no ambulatório” (FIGUEIREDO, 1997). Neste contexto reflexivo de redirecionamento do modelo de assistência em saúde mental no país com redução das instituições psiquiátricas em direção ao que se convencionou denominar atualmente de paradigma da atenção psicossocial, ou seja, aqueles que têm certo grau de autonomia e suportam aguardar até retornar podem se beneficiar desse tipo de dispositivo como lugar para tratamento na rede.

Foram diversas políticas que não tiveram como foco a patologia psiquiátrica, mas o indivíduo e suas particularidades e seus determinantes sociais, contudo ainda são poucos os

estudos que aproximam saúde mental e adesão à TARV no Brasil. Através de construção de saberes interdisciplinares, compreensão da complexidade do paciente portador de transtorno mental promove novos olhares dos profissionais envolvidos na assistência, desta forma é possível buscar estratégias para uma atenção de forma mais integrada e uma rede mais resolutiva à saúde das PVHIV.

Partindo-se dessa perspectiva de integralidade das ações de saúde, o Ministério da Saúde adota como estratégia para a prevenção ao HIV/aids a Prevenção Combinada, que consiste na conjugação de diferentes medidas de prevenção baseadas em intervenções comportamentais, biomédicas e estruturais (OMS, 2014).

Dentre a mandala da prevenção combinada com as ações de prevenção relacionadas: tratar todas as pessoas vivendo com HIV, redução de danos estabelecidos, os pacientes infectados com HIV e com transtornos mentais que usam álcool e outras drogas são considerados população chave e população em situação de rua como população prioritária.

Segundo o III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, o conceito de pasta-base, merla e oxi, como definições “similares do crack”, que, assim como o crack, sejam consumidos em cachimbos, latas e copos, ou em outros aparatos (BASTOS *et al.*, 2017). A pasta base ou pasta-básica é um produto intermediário do refino da cocaína, efeito semelhante ao crack. O consumo de pasta base é considerado socialmente degradante, uma vez que é praticado pelos marginalizados e socialmente excluídos (ARAÚJO, 2005).

Regiões de fronteira entre o Brasil e os países produtores de cocaína, dentre eles o Mato Grosso do Sul, a pasta base é a droga ilícita que mais tem causado dependência, principalmente entre os economicamente desfavorecidos pelo custo muito baixo e motivando sérios problemas de saúde junto aos grupos sociocomunitários onde vivem (PAES; ORLANDO, 2013).

Mesmo diante das políticas integrativas, a construção de linha de cuidado nos municípios ainda precisa ser promovida, considerando a dinâmica local da epidemia de HIV/aids. É necessário ainda identificar as características das populações prioritárias, definidas como aquelas afetadas desproporcionalmente pelo HIV, quando comparadas à população geral. Nesse panorama, as pessoas com transtornos mentais moderados e graves devem ser consideradas em função de seu padrão de vulnerabilidade.

2.6 Contexto geral da adesão da TARV e os transtornos mentais

Entre as PVHIV, foi demonstrado que o transtorno psicológico está associado à baixa adesão à TARV (STERNHELL; CORR, 2002). É fundamental a identificação dos transtornos

mentais em portadores de HIV, pois eles podem influenciar na adesão às medicações antirretrovirais (GONZALEZ et al., 2011; MOORE et al., 2012).

A ansiedade e depressão foram associadas com a adesão a TARV em brasileiros (NOGUEIRA E SEIDL, 2016), os usuários com má adesão, 35,8% tinham diagnóstico de ansiedade e 21,8% de depressão (CAMPOS; GUIMARÃES; REMIEN, 2008).

A depressão aumenta a morbidade do HIV por fraca adesão ao tratamento e diferentes outros mecanismos significativos. A identificação precoce e uma gestão eficaz destes distúrbios melhoram a qualidade de vida e a adesão à TARV em PVHIV (CHAUDHURY, 2016). Indivíduos com depressão, ansiedade generalizada e pânico apresentam quase três vezes mais probabilidade de não aderirem ao tratamento antirretroviral do que aqueles que apresentam outros transtornos mentais (TURNER *et al.*, 2001).

Pacientes com transtornos afetivos graves foram menos persistentes no uso da terapia antirretroviral do que aqueles sem doença mental grave (WALKUP; SAMBAMOORTHI; CRYSTAL, 2004). As taxas mais baixas de adesão à TARV são encontradas em usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2018).

Dentre as pessoas em situação de exclusão social importante, os sem-teto ocupam lugar de destaque, dificuldades relativas à higiene pessoal, alimentação e exposição ao meio ambiente, estão mais suscetíveis às morbidades físicas e mentais; não ter moradia é forte preditor da não-adesão à TARV (ICKOVICS; MEISLER, 1997; METHA; MOORE; GRAHAM, 1997).

Os serviços de tratamento também devem abordar explicitamente a questão da adesão ao tratamento (KLINKENBERG, 2004). Muitos sintomas indicativos de transtornos mentais podem passar despercebidos pelos serviços de cuidados especializados de HIV (BHATIA; MUNJAL, 2014; KAGEE *et al.*, 2017).

Dada à complexidade e amplitude das necessidades que provavelmente estarão presentes para PVHIV com transtornos mentais, os serviços de tratamento devem ser compreensivos (capaz de responder a vários problemas), integrado (combinando HIV, abuso de substâncias e tratamento de saúde mental), e contínuo (graduando em níveis de atenção) (KLINKENBERG, 2004).

Avaliar os aspectos cognitivos, neuropsicológicos e psiquiátricos, identificar as vulnerabilidades para as doenças mentais e a possibilidade de sua ocorrência, tratá-las ou compartilhar o cuidado com a equipe de saúde, pode ter impacto positivo na saúde (BRASIL, 2017).

Estudos de PVHIV associam as questões relacionadas à saúde mental como fator influente à não adesão aos cuidados de saúde. Da mesma forma que os problemas de saúde mental influenciam o abandono de acompanhamento clínico, também compromete o uso regular da TARV em pacientes com algum sofrimento psíquico (SCHILKOWSKY, PORTELA, SA, 2011; MEDEIROS, 2016).

3. OBJETIVO

3.1 Objetivo geral:

Avaliar a adesão à terapia antirretroviral (TARV) em pessoas vivendo com HIV (PVHIV) atendidas nos pontos da Rede de Atenção Psicossocial, destinados aos transtornos mentais moderados e graves em Campo Grande, Estado de Mato Grosso do Sul, no período 2014-2018.

3.2 Objetivos específicos:

- Estimar a proporção de PVHIV com transtornos mentais moderados ou graves;
- Descrever o perfil clínico e epidemiológico PVHIV atendidas na RAPS;
- Descrever os esquemas terapêuticos e a adesão à TARV entre as PVHIV atendidas pela RAPS;
- Estimar a proporção de indivíduos deste grupo que teve adesão à TARV; e
- Identificar as variáveis associadas de má adesão à TARV em PVHIV atendidas pela RAPS.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo transversal que foi fundamentado em dados primários e secundários.

4.2 Local e período da pesquisa

Este estudo abrangeu o Município de Campo Grande – Mato Grosso do Sul – que contém uma população estimada de 885.711 habitantes (IBGE, 2018). Os pontos da RAPS elencados no estudo são os cinco Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) destinado ao atendimento adulto, sendo: 01 CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD) IV e 04 CAPS III. E uma equipe de Consultório na Rua (eCR), que está vinculada à Atenção Básica. Os dados da pesquisa contemplam o período entre janeiro de 2014 a dezembro de 2018 e a coleta dos dados ocorreu entre junho de 2020 a julho de 2021.

4.3 Público alvo

Foram considerados elegíveis para esta pesquisa todos os indivíduos com idade igual ou superior de 18 anos com diagnóstico positivo para infecção pelo HIV e que tenham sido atendidos ao menos em um dos pontos da RAPS, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018. Entende-se por vínculo o atendimento e cadastro nos pontos de assistência e/ou acolhimento da RAPS, listados no item “2.5 *Marcos teóricos e políticas públicas de atenção aos transtornos mentais.*”.

Assim, a população do estudo foi composta por:

1. Indivíduos em situação de rua com diagnóstico de HIV que estiveram em acompanhamento com as equipes de eCR;
2. Indivíduos com diagnóstico de HIV usuários de álcool, crack e outras drogas e/ou com transtornos mentais graves que possuem registro de atendimento nos CAPS III e/ou CAPS AD IV;

Inicialmente, dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS) sobre indivíduos vinculados aos CAPS e aqueles atendidos pela eCR foram cruzados com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) para identificar os indivíduos

elegíveis ao estudo. Os CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde registram a produção das atividades executadas pelos seus profissionais por meio do Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), estas atividades são classificadas como procedimentos clínicos: consultas/atendimentos/acompanhamentos.

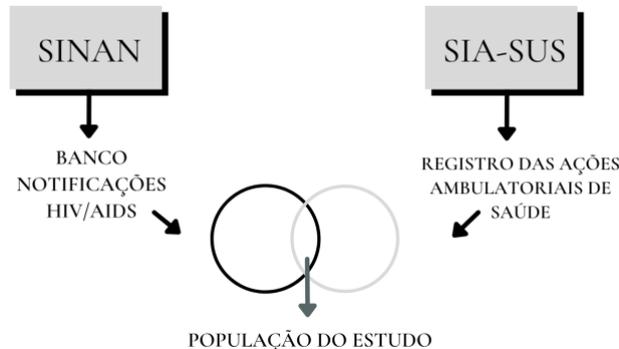


Figura 1. Esquema gráfico do método de identificação dos pacientes elegíveis ao estudo.

Foram delimitados atendimentos exclusivos dos CAPS Aero Rancho, CAPS Afrodite, CAPS Margarida, CAPS Vila Almeida e CAPS Álcool e Drogas com exclusão do CAPS infanto-juvenil em virtude da faixa etária característica desse ponto de atenção. O cruzamento das duas bases de dados foi executado com os softwares Microsoft Excel e Access, de acordo com as seguintes variáveis e etapas: 1º caracteres nominais; 2º documento de identificação, sendo escolhido o número do cartão SUS, 3º nome da genitora; e 4º data de nascimento do usuário.

O uso de mais de uma variável permitiu minimizar a ocorrência de erros tanto na perda de dados quanto a registros nominais ou numéricos incorretos em um dos bancos, bem como a coesão dos resultados na presença de homônimos. Para este procedimento, foi utilizada a função = *CONT.SE*, contida no Microsoft Excel.

Ao final da etapa de cruzamento das bases de dados, foram mantidos no estudo os indivíduos que atenderam aos critérios listados anteriormente: (1) idade igual ou maior a 18 anos; (2) vínculo a pelo menos um dos seguintes pontos da RAPS – CAPS, eCR; e (3) diagnóstico positivo para infecção pelo HIV.

Foram excluídos os indivíduos que: (1) possuíam prontuários e/ou fichas de registro/notificação com dados incompletos que impossibilitaram o alcance dos objetivos do estudo e (2) que com local de residência fora do Município de Campo Grande. Para a entrevista sobre a adesão à TARV, foram excluídos indivíduos que se encontravam hospitalizados ou acolhidos em comunidades terapêuticas.

4.4 Dados do estudo

Os dados secundários foram obtidos por meio da revisão das notificações contidas no SINAN e dos prontuários presentes nos pontos de atenção das unidades de saúde mental, no Centro de Especialidades de Doenças Infecto-Parasitárias –CEDIP/SESAU e na Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UDIP-HUMAP-UFMS). Também foram revisados os prontuários eletrônicos disponíveis no Sistema de Gerenciamento de Informação da SESAU (Hygia-SESAU) e os relatórios de atendimento das eCR.

A revisão de prontuários foi orientada pelos seguintes itens encontrados nas entrevistas semiestruturadas, que foram critérios para a definição das escolhas das variáveis independentes do estudo:

1. Registro das entrevistas de acolhimento que são utilizados rotineiramente pela equipe de saúde dos CAPS e eCR (*uso e tipo de substâncias ilícitas e/ou álcool, rede de apoio, ideias e tentativas de suicídio, expectativas do tratamento na saúde mental*);
2. Registro do acompanhamento dos indivíduos com transtornos mentais graves e persistentes registrados nos instrumentos de prontuário eletrônico e nos impressos de projetos terapêutico singular dos CAPS III e CAPS AD IV (*principais diagnósticos encontrados, regime terapêutico, medicamentos em uso, rede de apoio, atendimentos com profissionais de nível superior e técnicos de referência*).
3. Registro do acompanhamento dos indivíduos registrados nos prontuários físicos e eletrônicos dos ambulatórios de serviços especializados de infectologia (*número de consultas com equipe especializada, presença de exames laboratoriais de carga viral após início do tratamento, relatos de principais intercorrências*).
4. Registro da farmácia por meio da dispensação dos antirretrovirais e dos psicofármacos.

Os dados primários para avaliar a adesão à TARV foram coletados a partir da aplicação do “*Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral*” CEAT-VIH (REMOR, 2007), traduzido e validado para a língua portuguesa (ANEXO I).

No projeto inicial, a entrevista seria realizada pessoalmente no momento em que os indivíduos comparecessem às consultas nos serviços de referências em doenças infecciosas e parasitárias (CEDIP-SESAU e UDIP-HUMAP-UFMS) ou nos locais de assistência e/ou

acolhimento em saúde mental (CAPS, UA e Residência Terapêutica). No entanto, em decorrência da pandemia de COVID-19, as entrevistas foram feitas por telefone entre maio e julho de 2021. Para as pessoas vivendo em condições de rua, a aplicação do questionário foi feita por um membro da equipe especializada da estratégia eCR que mantém contato regular com o público.

Os dados de dispensação de medicamentos antirretrovirais e de contagem de carga viral do HIV e células CD4+ obtidos por meio dos registros contidos no SICLOM e SISCEL, respectivamente.

A revisão de prontuário revelou aspectos qualitativos no estudo através dos relatos relacionados ao HIV e transtornos mentais, que emergem como relevantes no contexto reflexivo para as conclusões do estudo.

4.5. Variáveis do estudo

Para as análises de associação, considerou como variáveis dependentes: retirada mensal regular de TARV, atraso na retirada da TARV, abandono da TARV, falha terapêutica viral e falha terapêutica imunológica.

As variáveis independentes foram: sexo, idade (tendo como ano base 2018), raça/cor da pele, escolaridade, acompanhamento regular em CAPS, acompanhamento regular nos serviços especializados em doenças infecciosas e parasitárias, regime de acompanhamento, situação de rua, uso de drogas, uso de álcool, ideação suicida, transtorno mental e presença de coinfeção no período do estudo.

A categorização do variável transtorno mental foi feita de dois modos. Ambas foram baseadas na décima edição da Classificação Internacional de Doenças, sendo que a primeira seguiu a seguinte distribuição:

- F00-F09: transtornos mentais orgânicos;
- F10-F19: transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa;
- F20-F29: esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes;
- F30-F39: transtornos do humor [afetivos];
- F40-F48: transtornos neuróticos, transtornos relacionados ao “stress” e transtornos somatoformes;
- F60-F69: síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos; e

- F70-F79: transtornos da personalidade e do comportamento do adulto.

A segunda categorização agrupou os transtornos mentais em 4 categorias: transtornos de ansiedade (F40-F48), de humor (F30-F3), relacionados ao uso de substâncias (F10-F19) e outros transtornos, que agrupou os transtornos não inseridos nas anteriores.

4.5.1. Definições de termos das variáveis dependentes

- Dispensação regular de TARV – retirada de medicamentos antirretrovirais em uma Unidades Dispensadoras de Antirretrovirais (UDM), mensalmente com no máximo 7 dias de atraso.
- Atraso na retirada da TARV – não retirada dos medicamentos antirretrovirais no sistema com atraso superior a 7 até 100 dias, é considerado sinal de alerta.
- Abandono da TARV– não retirada dos medicamentos antirretroviral após 100 dias da data prevista de dispensa no sistema.
- Falha terapêutica virológica - aumento de carga viral (pelo menos uma ocorrência de mudança do status de contagem menor que 40 cópias /mL para acima de 40 cópias /mL)
- Falha terapêutica imunológica - diminuição de células CD4+ (pelo menos uma ocorrência de mudança do status acima de 200 células/mm³ para menor que 200 células/mm³).

4.5.2. Definições de demais termos do estudo

Para a definição da ocupação foi adotada a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO).

Para avaliação dos dados do CEAT-VIH, o grau de adesão por respostas foi classificado conforme proposto Remor (2013), conforme segue: *baixa/insuficiente* (pontuação ≤ 74), *regular* (pontuação ≥ 75 e < 80) e *alta/estrita* (pontuação ≥ 80).

Para a descrição dos esquemas terapêuticos da terapia antirretroviral predominante deste estudo considerou o esquema de TARV com maior frequência de dispensação por paciente, do relatório do SICLOM, no período do estudo (2014-2018).

Para a descrição dispensação regular de TARV deste estudo considerou a cobertura de ARV através das dispensações disponíveis no SICLOM e da cobertura da dispensação (30, 60 ou 90 dias), indicador de da seguinte maneira: [data dispensação anterior] + [cobertura dessa

dispensação] – [data dispensação atual]. Considerando o seguimento mensal foi considerado o período de 30 dias.

Para a definição de tratamento regular no serviço especializado de infectologia foi considerado: consulta com especialista bimestral para PVHIV em adaptação TARV e no mínimo a cada 6 meses para PVHIV em TARV com quadro clínico estável, exames de controle semestralmente.

Para a definição de tratamento regular nos pontos de atenção da RAPS foi considerado: sujeitos da pesquisa que realizam consultas médicas programadas a cada 2 meses, acrescido consulta ou visita domiciliar da com equipe multiprofissional ou atendimentos programados no projeto terapêutico singular, pelo técnico de referência, definido como essenciais para o acompanhamento do tratamento (exemplo participação de grupo, dose administradas, entre outros).

Para o regime terapêutico nos pontos da RAPS são as modalidades indicadas de serviços de saúde mental para os indivíduos com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, de acordo com necessidade de tratamento. O regime de abrigo 24 horas (intensivo), períodos de abrigo e ambulatório (semi-intensivo) e regime ambulatorial (não-intensivo).

Para a descrição dos fármacos psicoativos deste estudo considerou os medicamentos disponíveis na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), que engloba a dispensação de medicamentos padronizados pelo SUS. Deste modo, não tivemos acesso e não consideramos os medicamentos adquiridos de modo particular.

4.6 Análise de dados

A análise descritiva foi utilizada para a caracterização da população estudada, por meio da distribuição de frequência das variáveis do estudo.

O teste qui-quadrado foi utilizado para avaliar a associação estatística entre as variáveis em estudo. Quando a pressuposição do teste qui-quadrado não foi satisfeita (ou seja, obteve-se alguma frequência esperada menor que 5), o teste exato de Fisher foi utilizado em substituição ao teste qui-quadrado.

O nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$) foi adotado para todos os testes de hipóteses. A análise foi executada no software R versão 4.0.4 e os seguintes pacotes foram utilizados: *tidyverse*, *descr*, e *generalhoslem*.

4.7 Aspectos éticos

Em todas as situações descritas, os procedimentos éticos foram assegurados, incluindo apresentação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (CEP/UFMS) sob parecer nº 3.416.555 (CAAE: 15431819.3.0000.0021).

5. RESULTADOS

Os dados referentes à produção dos pontos assistências da RAPS (SIA-SUS) resultou na frequência de 10.699 atendimentos em todos os pontos assistências da Rede de Atenção Psicossocial entre 2014 a 2018. A base nominal completa do SINAN de notificações de HIV/aids, desde 1984 até 2018, totalizou 8642 casos.

O cruzamento retornou 80 ocorrências de indivíduos que foram localizados em ambos os sistemas de informação. Destes, 4 sujeitos da pesquisa foram excluídos do estudo, sendo 1 caso com idade inferior a 18 anos na época do estudo, 1 caso por ser estrangeiro e não possuir outros registros além da notificação de HIV/aids e de um atendimento nos pontos da RAPS e de 1 caso devido à ausência de relatos ou informações necessárias ao estudo nos prontuários da atenção especializada e primária e 1 caso paciente não foi elegível como transtorno moderado ou grave mesmo com vínculo a RAPS. Assim, este estudo teve como população final 76 sujeitos da pesquisa. Assim, a prevalência (proporção) de transtornos mentais moderados na população estudada foi 8,8 casos a cada 1000 PVHIV (76/8642).

5.1 Caracterização sociodemográfica

A tabela 1 sumariza o perfil sociodemográfico da população estudada.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da população do estudo, Campo Grande, 2014-2018 (n = 76).

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	24	31,6
Masculino	52	68,4
Faixa etária (anos) atual (em 31/12/2018)		
18 a 25	9	11,8
26 a 40	30	39,5
41 a 60	35	46,1
61 e mais	2	2,6
Faixa etária (anos) no momento da notificação de HIV/aids		
18 a 25	18	23,7
26 a 40	35	46,1
41 a 60	22	29,0
61 e mais	1	1,3
Cor/raça		
Amarelo	7	9,2
Branco	28	36,8
Pardo	30	39,5
Preto	7	9,2
Não informado	4	5,3
Escolaridade		
Não alfabetizado	0	0,0

Ensino fundamental (1 a 9 anos de estudo)	8	10,5
Ensino médio (10 a 12 anos de estudo)	23	30,3
Ensino superior (acima de 13 anos de estudo)	5	6,6
Não informado	14	18,4

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Considerando a data base de 31/12/2018, a média de idade foi de 39,8 anos (mediana: 39 anos; desvio padrão: 11,79 anos). Com relação a faixa no momento da notificação de HIV/aids, a média de idade foi de 34,4 anos (mediana: 33 anos; desvio padrão: 10,31 anos).

Sobre a cor ou raça declarada pela pessoa, pardos e brancos representaram as categorias mais frequentes com 39,47% (30) e 36,84% (28) dos indivíduos, respectivamente. As demais categorias estão apresentadas na tabela 1.

Em relação à escolaridade, mensurada pela última série concluída com aprovação ou grau de instrução na ocasião da notificação de HIV/aids, 34,21% (26) e 10,53% (8) possuíam o ensino fundamental incompleto e completo, respectivamente; 30,26% (23) cursaram e/ou concluíram o ensino médio e 6,58% (5) informação que ingressaram e/ou finalizaram a educação superior, 11,84% (9) sujeitos da pesquisa estavam no campo ignorado e 6,58% (5) no campo não se aplicam.

Em relação à ocupação: 9,21% (7) na área de construção civil; 6,58% (5) na área administrativa, o que inclui contabilidade e recepcionista; as categorias relacionadas à alimentação, estética e serviço doméstico representaram, cada uma delas, 2,63% (2); as categorias cuidador de idosos, comerciante, operador de telemarketing, catador de material reciclado, fotógrafo, vigilante e fisioterapeuta corresponderam, cada uma delas, a 1,32% (1) das respostas. Em 67,11% (51) das ocorrências este campo foi ignorado ou não preenchido.

5.2 Caracterização clínico-epidemiológica

Na fase de revisão de prontuários dos serviços (hospitalar ou ambulatorial), 04 prontuários não foram encontrados e 24% estavam com registros insatisfatórios (incompletos, sem detalhamento, sem continuidade cronológica da assistência, entre outros).

A tabela 2 apresenta a caracterização clínico-epidemiológica dos 76 indivíduos considerados nesta etapa inicial do estudo que foi realizada com base nos dados do SINAN e na revisão de prontuários.

Tabela 2. Caracterização clínico-epidemiológica da população do estudo, Campo Grande, 2014-2018 (n = 76).

Variável	n	%
Tempo de infecção		
Menos de 1 ano	17	22,3

1 a 5 anos	36	47,3
5 a 10 anos	13	17,1
10 a 20 anos	7	9,2
Mais de 20 anos	3	3,9
Modo provável de infecção		
Vertical	0	0
Não vertical	69	90,7
Não informado	7	9,2
Comportamento/prática sexual		
Homens que fazem sexo com mulheres	32	42,1
Homens que fazem sexo com homens	10	13,1
Homens que fazem sexo com mulheres e homens	5	6,5
Mulheres que fazem sexo com homens	23	30,2
Mulheres que fazem sexo com mulheres	0	0
Mulheres que fazem sexo com mulheres e homens	0	0
Não informado	6	7,8
Uso de drogas injetáveis		
Sim	9	11,8
Não	43	56,5
Não informado.	24	31,5
Coinfecções*		
Tuberculose	9	18,3
Lesões bacterianas localizada em derme	7	14,2
Gastroenterites	6	12,2
Pneumonias em geral	5	10,0
Herpes Zoster	4	8,1
Sífilis	4	8,1
Outras**	14	28,5

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e prontuários ambulatoriais e hospitalares.

*Dado obtido pela revisão dos prontuários.

**Candidíase, lesões verrugosas e/ou condilomas genitais, neurotoxoplasmose, neurocriptococose, vulvoganitite, histoplasmose, gonorréia, miíase.

Sobre a notificação de HIV/aids 75,1% (50/76) foi durante o período do estudo. Sobre o provável modo de infecção pelo HIV foi não vertical em 90,7% (69) dos casos. Nas demais notificações, o campo referente ao provável meio de infecção não foi preenchido. Devido à ausência de especificação para a resposta “transmissão não vertical”, não foi possível definir se trata de transmissão sexual ou parenteral, como exemplo pelo uso e compartilhamento de perfurocortantes.

Sobre o comportamento e prática sexual, 13,1% informaram relações homossexuais, 72,3% relações heterossexuais e 6,5% de relações bissexuais. O detalhamento das práticas sexuais segundo sexo biológico está apresentado na Tabela 2.

Em relação ao uso de drogas injetáveis (campo contido na ficha de notificação de HIV/aids extraída do SINAN), 56,5% (43) relataram o não uso, enquanto 11,8% (9) afirmaram usar essas drogas. Cabe destacar a elevada frequência de notificações com este campo ignorado, que correspondeu a 31,5% (24) dos casos deste estudo.

Com base nos prontuários revisados (72/76), 32 continham a indicação do uso de drogas, enquanto em 44 havia a menção de não uso de drogas. Os sujeitos da pesquisa tinham registro de uso drogas de múltiplas drogas, do tipo inaláveis e apenas dois registros concomitantes de drogas injetáveis. A pasta base como tipo de droga mais utilizada (25), seguida de crack como principal droga (5) e a cocaína (2). A maconha foi descrita como associação e não droga principal (12), outras substâncias foram mencionadas em menor frequência (dietilamida do ácido lisérgico [LSD], *ecstasy* e chá de cogumelos).

Com base na revisão de prontuários, 29 pacientes tiveram registro de uma infecção associada ao HIV/aids (coinfecção) no período, 10 tiveram duas infecções e 3 tiveram três ou mais infecções no período.

As contagens de carga viral e de células CD4+ referente ao primeiro e ao último laudo disponível considerando o período de análise deste estudo (2014-2018) estão apresentadas na tabela 3. Como em alguns casos o tempo de infecção é superior há 5 anos, não foi possível obter o valor da carga viral e das células de defesa referente ao momento do diagnóstico e notificação de HIV/aids.

Tabela 3. Carga viral de HIV e contagem de células CD4+ referentes aos períodos inicial e final do estudo, Campo Grande, 2014-2018 (n = 76).

Contagem	Número de indivíduos			
	Inicial ^a	%	Final ^b	%
Carga viral (cópias/mL)				
Não detectado ou abaixo de 40	18	23,6	44	57,8
40-500	7	9,2	7	9,2
500 a 100.000	26	34,2	11	14,4
Maior ou igual a 100.000	16	21,0	5	6,5
Sem registro no período	9	11,8	9	11,8
CD4+ (células/mm³)				
Menor que 200	16	21,0	11	14,4
201 a 350	9	11,8	10	13,1
350 a 500	13	17,1	10	13,1
Maior que 500	30	39,4	37	48,6
Sem registro no período	8	10,5	8	10,5

Fonte: Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+ e Carga Viral do HIV (SISCEL).

^a: medida mais próxima de janeiro de 2014 (período inicial do estudo).

^b: medida mais próxima de dezembro de 2018 (período final do estudo).

A média de carga viral no período inicial entre os sujeitos da pesquisa que apresentaram contagem (49/76) foi de 103.263,04 cópias/mL (mediana: 22.865 cópias; desvio padrão: 160.756,48 cópias/mL). E a média de carga viral no período final entre os sujeitos da pesquisa que apresentaram contagem (23/76) foi de 97.278,47 cópias/mL (mediana: 6.195 cópias; desvio padrão: 274.774,33 cópias/mL).

Para contagens de células CD4+ no período inicial dos sujeitos da pesquisa que apresentaram contagem (68/76) a média obtida foi de 447,52 células/mm³ (mediana: 417 cópias; desvio padrão: 273,47 cópias) e no período final dos sujeitos da pesquisa que apresentaram contagem (68/76) a média obtida foi de 586,10 células/mm³ (mediana: 510 cópias; desvio padrão: 381,47 cópias).

Ao analisar os valores da carga viral do período início *versus* final do estudo, foram identificados: registros de 2,4 maiores no item “valor não detectado ou abaixo de 40 cópias/mL”; registros de queda de 2,3 vezes no item “valores de 500 a 100.000 cópias/mL” e registros de queda 3,2 vezes no item “valores maior ou igual à 100.000 cópias/mL”. Demonstrando a queda nos valores de carga virológica HIV nos sujeitos do estudo.

Considerando os indivíduos que possuíam registro de exames de contagem de carga viral no período, foi observado que 63,24% (43/68) mantiveram a carga viral não detectável ao longo do período do estudo. Em 36,76% (25/68) houve falha terapêutica virológica. E, em 19,12% (13/68) não houve ocorrência de contagem não detectável durante 2014-2018. Não foram observadas associações significativas entre a falha terapêutica virológica e as variáveis do estudo (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição conjunta entre falha terapêutica virológica e demais variáveis do estudo, Campo Grande, 2014-2018 (n = 68).

	Falha terapêutica virológica		p-valor
	Não	Sim	
Idade			
18 a 40	20 (60,6)	13 (39,4)	0,853
41 e mais	23 (65,7)	12 (34,3)	
Sexo			
Feminino	12 (60,0)	8 (40,0)	0,935
Masculino	31 (64,6)	17 (35,4)	
Raça			
Branca	15 (60,0)	10 (40,0)	0,586*
Preta	5 (83,3)	1 (16,7)	
Amarela	3 (50,0)	3 (50,0)	
Parda	19 (67,9)	9 (32,1)	
Escolaridade			
Ensino fundamental	14 (66,7)	7 (33,3)	0,425*
Ensino médio	3 (60,0)	2 (40,0)	
Ensino superior	6 (60,0)	4 (40,0)	
Não alfabetizado	0 (0,0)	2 (100,0)	
Acompanhamento regular no CAPS de referência			
Não	26 (63,4)	15 (36,6)	1,000
Sim	17 (63,0)	10 (37,0)	
Estiveram em situação de rua			
Não	33 (63,5)	19 (36,5)	1,000

Sim	10 (62,5)	6 (37,5)	
Uso abusivo de álcool			
Não	23 (65,7)	12 (34,3)	0,853
Sim	20 (60,6)	13 (39,4)	
Uso de drogas ilícitas			
Não	21 (55,3)	17 (44,7)	0,200
Sim	22 (73,3)	8 (26,7)	
Acompanhamento regular no serviço ambulatorial especializado de infectologia			
Não	15 (57,7)	11 (42,3)	0,592
Sim	25 (67,6)	12 (32,4)	
Ideação suicida			
Não	25 (55,6)	20 (44,4)	0,116
Sim	18 (78,3)	5 (21,7)	
Regime de atendimento na RAPS			
Abrigamento	3 (42,9)	5 (57,1)	0,253*
Ambulatorial	17 (58,6)	12 (41,4)	
Abrigamento e ambulatorial	23 (71,9)	9 (28,1)	
Transtorno mental			
Ansiedade	6 (75,0)	2 (25,0)	0,061*
Humor	9 (75,0)	3 (25,0)	
Rel. ao uso de substâncias	25 (67,6)	12 (32,4)	
Outros	3 (27,3)	8 (72,7)	
Transtorno mental por CID			
F00-F09	0 (0,0)	3 (100,0)	0,065*
F10-F19	25 (67,6)	12 (32,4)	
F20-F29	2 (33,3)	4 (66,7)	
F30-F39	9 (75,0)	3 (25,0)	
F40-F48	6 (75,0)	2 (25,0)	
F60-F69	1 (100,0)	0 (0,0)	
F70-F79	0 (0,0)	1 (100,0)	
Coinfecção			
Não	27 (69,2)	12 (30,8)	0,350
Sim	16 (55,2)	13 (44,8)	

Fonte: Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) dados da Carga Viral do HIV e dados obtidos pela revisão dos prontuários ambulatoriais e hospitalares dos serviços de acompanhamento.

*Teste exato de Fisher.

Considerando os indivíduos que possuíam registro de exames de contagem de Linfócitos T CD4+, foi observado que 80,88% (55/68) mantiveram a contagem de linfócitos T CD4+ sem alterações referentes à piora nos parâmetros ao longo do período do estudo. Em 19,12% (13/68) houve falha terapêutica imunológica, ou seja, o paciente apresentou queda nos valores de cópias, um indicador do estado do sistema imunológico. A falha terapêutica imunológica apresentou associação com os transtornos mentais (p -valor = 0,005; p -valor = 0,001) e com a presença de coinfeccões no período (p -valor = 0,014). Não foram observadas associações significativas entre a falha terapêutica imunológica e as demais variáveis do estudo (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição conjunta entre falha terapêutica imunológica e demais variáveis do estudo, Campo Grande, 2014-2018

	Falha terapêutica imunológica		<i>p</i> -valor
	Não	Sim	
Idade			
18 a 40	28 (84.8)	5 (15.2)	0,618
41 e mais	27 (77.1)	8 (22.9)	
Sexo			
Feminino	17 (85.0)	3 (16.0)	0,741*
Masculino	38 (79.2)	10 (20.8)	
Raça			
Branca	21 (84.0)	4 (16.0)	0,516*
Preta	4 (80.0)	1 (20.0)	
Amarela	6 (60.0)	4 (40.0)	
Parda	1 (50.0)	1 (50.0)	
Escolaridade			
Ensino fundamental	19 (90.5)	2 (9.5)	0,123*
Ensino médio	4 (80.0)	1 (20.0)	
Ensino superior	6 (60.0)	4 (40.0)	
Não alfabetizado	1 (50.0)	1 (50.0)	
Acompanhamento regular no CAPS de referência			
Não	33 (80.5)	8 (19.5)	1,000
Sim	22 (81.5)	5 (18.5)	
Estiveram em situação de rua			
Não	42 (80.8)	10 (19.2)	1,000*
Sim	13 (81.2)	3 (18.8)	
Uso abusivo de álcool			
Não	29 (82.9)	6 (17.1)	0,906
Sim	26 (78.8)	7 (21.2)	
Uso de drogas ilícitas			
Não	30 (78.9)	8 (21.1)	0,884
Sim	25 (83.3)	5 (16.7)	
Acompanhamento regular no serviço ambulatorial especializado de infectologia			
Não	20 (76.9)	6 (23.1)	0,932
Sim	30 (81.1)	7 (18.9)	
Ideação suicida			
Não	35 (77.8)	10 (22.2)	0,519*
Sim	20 (87.0)	3 (13.0)	
Regime de atendimento na RAPS			
Abrigamento	5 (71.4)	2 (28.6)	0,673*
Ambulatorial	23 (79.3)	6 (20.7)	
Abrigamento e ambulatorial	(84.4)	5 (15.6)	
Transtorno mental			
Ansiedade	8(100.0)	0 (0.0)	0,005*
Humor	12 (100.0)	0 (0.0)	
Rel. ao uso de substâncias	30 (81.1)	7 (18.9)	
Outros	5 (45.5)	6 (54.5)	
Transtorno mental por CID			
F00-F09	0 (0.0)	3 (100.0)	0,001*
F10-F19	30 (81.1)	7(18.9)	
F20-F29	4 (66.7)	2 (33.3)	

F30-F39	12 (100.0)	0 (0.0)	
F40-F48	8 (100.0)	0 (0.0)	
F60-F69	1 (100.0)	0 (0.0)	
F70-F79	0 (0.0)	1 (100.0)	
Coinfecção			
Não	36 (92.3)	3 (7.7)	0,014
Sim	19 (65.5)	10 (34.5)	

Fonte: Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e dados obtidos pela revisão dos prontuários ambulatoriais e hospitalares dos serviços de acompanhamento.

*Teste exato de Fisher

Em relação aos transtornos mentais, foram encontradas as seguintes ocorrências: abuso de substâncias psicoativas (18), uso de substância psicoativa e álcool associado (11), abuso de álcool (10), transtornos depressivos (14), transtorno de ansiedade (8), esquizofrenia (8), transtorno de personalidade (3), transtornos mentais devidos à lesão e disfunção cerebral e a doença física (3) e retardo mental leve com comprometimento do comportamento (1). No período de 2014 a 2018 foram descritas 27 ocorrências de ideias ou pensamentos suicidas e 11 tentativas de suicídio. Entre estas, foram registradas: intoxicação exógena (8), automutilação (2), enforcamento (2), pular de altura de risco (1). No período do estudo houve uma tentativa de suicídio consumado.

Por fim, os seguintes agravos de importância clínica ativos no período de 2014 a 2018 foram identificados: acidente vascular cerebral (2), insuficiência hepática alcoólica (1), perda gestacional (1), leishmaniose visceral (1), leptospirose (1). Das comorbidades prévias identificadas nos sujeitos da pesquisa do estudo até a data base 31/12/2018: hipertensão arterial sistêmica (6), tuberculose pulmonar (5) e neurotoxoplasmose (4) anteriores ao período do estudo, epilepsia (3) hepatite B (2), herpes zoster (2), diabetes mellitus tipo II (2), hepatite C (1), cardiopata - angina (1), artrite reumatóide (1). Das situações especiais: seqüela motora e neurológica adquirida após grave clínico (3) cegueira monocular (1), deficiência física congênita (1). Houve cinco gestantes entre 2014 a 2018, sendo que uma paciente teve três gestações totalizando sete gestações no período. Todas as gestantes já tinham diagnóstico positivo para HIV no início da gestação. Destas, apenas uma tem registro de pré-natal adequado.

Dos 76 casos, 08 estavam com registros insatisfatórios (incompletos, sem detalhamento, sem continuidade cronológica da assistência, entre outros) e 05 prontuários físicos não foram localizados nos serviços de saúde mental e não haviam informações suficientes em prontuário eletrônico, portanto foram excluídos da etapa de análise totalizando 71 sujeitos da pesquisa para análises de prontuários nos serviços de saúde mental.

Destes 76 casos, 9 prontuários não foram encontrados no serviço especializado e 11 estavam com registros insatisfatórios (incompletos, sem detalhamento, sem continuidade

cronológica da assistência, entre outros). Considerando que o trabalho refere à terapia antirretroviral, portanto, foram excluídos da etapa de revisão os 9 prontuários, totalizando 67 sujeitos da pesquisa para análises de prontuários nos serviços especializado em infectologia.

Dos 9 prontuários foram identificados 5 sujeitos da pesquisa que tiveram notificação no período e estava sem início de TARV. Destes 5 sujeitos da pesquisa estavam SIMC, mas não tem registro de início da TARV e 01 paciente estava no SIMC e no SICLOM, mas não tem registro de início de TARV no período, ou seja, a paciente só iniciou TARV após data base 31/12/2018, mesmo com diagnóstico anterior.

5.3 Terapia antirretroviral e fármacos psicoativos

Foram localizados 71 registros no sistema de dispensação de esquema de TARV e observadas 33 mudanças de esquema terapêutico. A tabela 6 discrimina o número de esquemas terapêuticos da TARV por pacientes a distribuição de frequências segundo o uso.

Tabela 6. Esquema terapêutico predominante de terapia antirretroviral utilizado pela população do estudo, Campo Grande, 2014-2018 (n = 71).

Variável	n	%
Esquema terapêutico		
TDF + 3TC / DTG	21	29,5
TDF + 3TC + EFV	21	29,5
ATV / TDF + 3 TC / RTV	8	11,2
AZT + 3TC / ATV / RTV	6	8,4
AZT + 3TC / EFV	4	5,6
AZT + 3TC / LPV/r	3	4,2
RAL / ETR / RTV / DRV	1	1,4
AZT + 3TC / TDF / LPV/r	1	1,4
3TC + TDF / LPV/r	1	1,4
NVP / TDF + 3TC	1	1,4
FOSAM / TDF + 3TC / RTV	1	1,4
RAL / ETR / TDF + 3TC / TRV / DRV	1	1,4
RAL / TDF + 3TC	1	1,4
RTV / DRV / DTG / ETR	1	1,4
Total	71	100,0
Mudança de Tratamento		
Outros	13	39,3
Reações adversas	7	21,2
Falha virológica	2	6,0
Coinfecção com Tuberculose	1	3,0

Não informado	10	30,3
Total	33	100,0

Fonte: Sistema de Controle Logístico de Medicamentos.

Os medicamentos antirretrovirais encontrados nos registros do sistema no período do estudo foram: (TDF) tenofovir, (3TC) lamivudina, (EFV) efavirenz, (DTG) dolutegravir, (ATV) atazanavir, (RTV) ritonavir, (LPV/r) lopinavir com reforço de ritonavir, (AZT) zidovudina, (NVP) nevirapina, (RAL) raltegravir, (ETR) etravirina, (DRV) darunavir, fosamprenavir.

O esquema terapêutico predominante de terapia antirretroviral, na população de estudo, fora os esquemas considerados primeira linha de tratamento. As mudanças de esquema terapêutico refletem a transição da mudança do protocolo de tratamento clínico, recomendando o dolutegravir como esquema preferencial em 2017.

A tabela 7 discrimina a relação de psicofármacos que foram dispensados pelos pontos assistenciais da SESAU durante o período do estudo. As medicações amitriptilina, fluoxetina, diazepam e carbamazepina juntas totalizaram 54,7% das dispensas.

Tabela 7. Psicofármacos dispensados pelo SUS aos indivíduos da população do estudo, Campo Grande, 2014-2018.

Medicamento	Indivíduos em uso*	%
Amitriptilina	48	16,8
Fluoxetina	39	13,6
Diazepam	37	12,9
Haloperidol	28	9,8
Carbamazepina	32	11,2
Clonazepam	20	7,0
Levomepromazina	18	6,3
Nitrazepam	18	6,3
Ácido valpróico	15	5,2
Imipramina	15	5,2
Carbonato de lítio	9	3,1
Clorpromazina	6	2,1

Fonte: Sistema de Controle de saída de medicações do Hygia.

*Os usos em associação não estão considerados nesta tabela.

Em relação a quantidade de fármacos dispensados como esquema terapêutico para transtornos mentais, foram identificados: 11,8% (9) com dispensação de 1 medicamento, 15,7% (12) com dispensação de 2 medicamentos; 28,9% (22) com dispensação de 3 medicamentos e 42,1% (32) com dispensação de 4 ou mais medicamentos e 1,3 % (1) sem informação de dispensação regular. As associações mais frequentes encontradas foram amitriptilina e carbamazepina, seguido de amitriptilina e fluoxetina e em terceiro lugar fluoxetina e diazepam.

5.4 Fatores associados à adesão a TARV

Observou-se que 80,28% (57/71) apresentaram atraso na retirada da TARV e uma média de 6,4 vezes de atraso de retirada entre os 57 pacientes, ou seja, atrasaram a retirada de medicações repetidas vezes no período do estudo. O atraso na retirada da TARV apresentou associação com a idade (p -valor = 0,037), com acompanhamento regular no CAPS de referência (p -valor = 0,028), com situação de rua (p -valor = 0,029), com o uso abusivo de álcool (p -valor = 0,035) e com uso de drogas ilícitas (p -valor = 0,003) e com os transtornos mentais (p -valor = 0,003; p -valor = 0,010). Não foram observadas associações significativas entre o atraso na retirada da TARV e as demais variáveis do estudo (Tabela 8).

Tabela 8. Distribuição conjunta entre de atraso de retirada da TARV e as variáveis do estudo, Campo Grande, 2014-2018 (n = 71).

	Atraso na retirada da TARV		<i>p</i> -valor
	Não	Sim	
Idade			
18 a 40	11 (29.7)	26 (70.3)	0,037
41 e mais	3 (8.8)	31 (91.2)	
Sexo			
Feminino	3 (13.6)	19 (86.4)	0,526
Masculino	11 (22.4)	38 (77.6)	
Raça			
Branca	9 (33.3)	18 (66.7)	0,122
Preta	1 (14.3)	6 (85.7)	
Amarela	0 (0.0)	6 (100.0)	
Parda	3 (11.1)	24 (88.9)	
Escolaridade			
Ensino fundamental	6 (30.0)	14 (70.0)	0,393
Ensino médio	0 (0.0)	7 (100.0)	
Ensino superior	2 (20.0)	8 (80.0)	
Não alfabetizado	0 (0.0)	2 (100.0)	
Acompanhamento regular no CAPS de referência			
Não	5 (11.1)	40 (88.9)	0,028

Sim	9 (34.6)	17 (65.4)	
Estiveram em situação de rua			
Não	14 (25.5)	41 (74.5)	0,029
Sim	0 (0.0)	16 (100.0)	
Uso abusivo de álcool			
Não	11 (30.6)	25 (69.4)	0,035
Sim	3 (8.6)	32 (91.4)	
Uso de drogas ilícitas			
Não	13 (31.7)	28 (68.3)	0,003
Sim	1 (3.3)	29 (96.7)	
Acompanhamento regular no serviço ambulatorial especializado de infectologia			
Não	4 (16.0)	21 (84.0)	0,751
Sim	8 (20.5)	31 (79.5)	
Ideação suicida			
Não	8 (17.0)	39 (83.0)	0,531
Sim	4 (18.2)	18 (81.8)	
Regime de atendimento na RAPS			
Abrigamento	0 (0.0)	6 (100.0)	0,559
Ambulatorial	6 (19.4)	25 (80.6)	
Abrigamento e ambulatorial	8 (23.5)	26 (76.5)	
Transtorno mental			
Ansiedade	4 (50.0)	4 (50.0)	0,003
Humor	6 (42.9)	8 (57.1)	
Rel. ao uso de substâncias	3 (7.7)	36 (92.3)	
Outros	1 (10.0)	9 (90.0)	
Transtorno mental por CID			
F00-F09	0 (0.0)	3 (100.0)	0,010
F10-F19	3 (7.7)	36 (92.3)	
F20-F29	1 (16.7)	5 (83.3)	
F30-F39	6 (42.9)	8 (57.1)	
F40-F48	4 (50.0)	4 (50.0)	
F60-F69	0 (0.0)	1 (100.0)	
F70-F79	0 (NaN)	0 (NaN)	
Coinfecção			
Não	8 (19.0)	34 (81.0)	1,000
Sim	6 (20.7)	23 (79.3)	

Fonte: Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) e dados obtidos pela revisão dos prontuários ambulatoriais e hospitalares dos serviços de acompanhamento, 2021.

Observou-se que 38,03% (27/71) obtiveram abandono da TARV e estes apresentaram, em média, 2 atrasos de retirada dos medicamentos durante o período do estudo. O abandono da TARV apresentou associação com paciente em situação de rua (p -valor = 0,002) e acompanhamento regular no serviço ambulatorial especializado de infectologia (p -valor = 0,007). Não foram observadas associações significativas entre o abandono da TARV e as demais variáveis do estudo (Tabela 9).

Tabela 9. Distribuição conjunta entre abandono da TARV e demais variáveis do estudo, Campo Grande, 2014-2018 (n = 71).

	Abandono da TARV		p-valor
	Não	Sim	
Idade			
18 a 40	23 (62,2)	14 (37,8)	1,000
41 e mais	21 (61,8)	13 (38,2)	
Sexo			
Feminino	13 (59,1)	9 (40,9)	0,944
Masculino	31 (63,3)	18 (36,7)	
Raça			
Branca	16 (59,3)	11 (40,7)	0,494*
Preta	3 (42,9)	4 (57,1)	
Amarela	5 (83,3)	1 (16,7)	
Parda	18 (66,7)	9 (33,3)	
Escolaridade			
Ensino fundamental	13 (65,0)	7 (35,0)	0,335*
Ensino médio	3 (42,9)	4 (57,1)	
Ensino superior	5 (50,0)	5 (50,0)	
Não alfabetizado	0 (0,0)	2 (100,0)	
Acompanhamento regular no CAPS de referência			
Não	24 (53,3)	21 (46,7)	0,089
Sim	20 (76,9)	6 (23,1)	
Estiveram em situação de rua			
Não	40 (72,7)	15 (27,3)	0,002
Sim	4 (25,0)	12 (75,0)	
Uso abusivo de álcool			
Não	25 (69,4)	11 (30,6)	0,284
Sim	19 (54,3)	16 (45,7)	
Uso de drogas ilícitas			
Não	28 (68,3)	13 (31,7)	0,301
Sim	16 (53,3)	14 (46,7)	
Acompanhamento regular no serviço ambulatorial especializado de infectologia			
Não	10 (40,0)	15 (60,0)	0,007
Sim	30 (76,9)	9 (23,1)	
Ideação suicida			
Não	26 (55,3)	21 (44,7)	0,175
Sim	18 (75,0)	6 (25,0)	
Regime de atendimento na RAPS			
Abrigamento	2 (33,3)	4 (66,7)	0,210*
Ambulatorial	22 (71,0)	9 (29,0)	
Abrigamento e ambulatorial	20 (58,8)	14 (41,2)	
Transtorno mental			
Ansiedade	7 (87,5)	1 (12,5)	0,147*
Humor	11 (78,6)	3 (21,4)	
Rel. ao uso de substâncias	21 (53,8)	18 (46,2)	
Outros	5 (50,0)	5 (50,0)	
Transtorno mental por CID			
F00-F09	2 (66,7)	1 (33,3)	0,150*
F10- F19	21 (53,8)	18 (46,2)	
F20-F29	2 (33,3)	4 (66,7)	

F30-F39	11 (78,6)	3 (21,4)	
F40-F48	7 (87,5)	1 (12,5)	
F60-F69	1 (100,0)	0 (0,0)	
F70-F79	0 (NaN)	0 (NaN)	
Coinfecção			
Não	27 (64,3)	15 (35,7)	0,814
Sim	17 (58,6)	12 (41,4)	

Fonte: Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) e dados obtidos pela revisão dos prontuários ambulatoriais e hospitalares dos serviços de acompanhamento.

*Teste exato de Fisher.

Em 6,58% (5/76) não houve registro de início de TARV durante 2014-2018. Foi observado que 32,39% (23/71) mantiveram a dispensação regular ao longo do período do estudo. Em 67,61% (48/67) houve pelo menos uma dispensação considerada irregular, ou seja, o paciente ultrapassou 30 dias do comparecimento ao serviço e é elegível para busca ativa. A dispensação regular da TARV apresentou associação com a variável de pessoas que estiveram em situação de rua (p -valor = 0,025) e com os transtornos mentais (p -valor = 0,044). Não foram observadas associações significativas entre dispensação regular da TARV por até 30 dias e as demais variáveis do estudo (Tabela 10).

Tabela 10. Distribuição conjunta entre de dispensação regular da TARV e demais variáveis do estudo, Campo Grande, 2014-2018 (n = 71).

	Dispensação regular da TARV		<i>p</i> -valor
	Não	Sim	
Idade			
18 a 40	21 (56,8)	16 (43,2)	0,074
41 e mais	27 (79,4)	7 (20,6)	
Sexo			
Feminino	16 (72,7)	6 (27,3)	0,731
Masculino	32 (65,3)	17 (34,7)	
Raça			
Branca	16 (59,3)	11 (40,7)	0,420*
Preta	6 (85,7)	1 (14,3)	
Amarela	3 (50,0)	3 (50,0)	
Parda	20 (74,1)	7 (25,9)	
Escolaridade			
Ensino fundamental	11 (55,0)	9 (45,0)	0,091*
Ensino médio	7 (100,0)	0 (0,0)	
Ensino superior	8 (80,0)	2 (20,0)	
Não alfabetizado	2 (100,0)	0 (0,0)	
Acompanhamento regular no CAPS de referência			
Não	33 (73,3)	12 (26,7)	0,274
Sim	15 (57,7)	11 (42,3)	
Estiveram em situação de rua			
Não	33 (60,0)	22 (40,0)	0,025
Sim	15 (93,8)	1 (25,7)	

Uso abusivo de álcool			
Não	22 (61,1)	14 (38,9)	0,351
Sim	26 (74,3)	9 (25,7)	
Uso de drogas ilícitas			
Não	24 (58,5)	17 (41,5)	0,098
Sim	24 (80,0)	6 (20,0)	
Acompanhamento regular no serviço ambulatorial especializado de infectologia			
Não	20 (80,0)	5 (20,0)	0,201
Sim	24 (61,5)	15 (38,5)	
Ideação suicida			
Não	33 (70,2)	14 (29,8)	0,697
Sim	15 (62,5)	9 (37,5)	
Regime de atendimento na RAPS			
Abrigo	6 (100,0)	0 (0,0)	0,243*
Ambulatorial	20 (64,5)	11 (35,5)	
Abrigo e ambulatorial	22 (64,7)	12 (35,3)	
Transtorno mental			
Ansiedade	3 (37,5)	5 (62,5)	0,062*
Humor	7 (50,0)	7 (50,0)	
Rel. ao uso de substâncias	30 (76,9)	9 (23,1)	
Outros	8 (80,0)	2 (20,0)	
Transtorno mental por CID			
F00-F09	3 (100,0)	0 (0,0)	0,044*
F10-F19	30 (76,9)	9 (23,1)	
F20-F29	5 (83,3)	1 (16,7)	
F30-F39	7 (50,0)	7 (50,0)	
F40-F48	3 (37,5)	5 (62,5)	
F60-F69	0 (0,0)	1 (100,0)	
F70-F79	0 (NaN)	0 (NaN)	
Coinfecção			
Não	27 (64,3)	15 (35,7)	0,644
Sim	21 (72,4)	8 (27,6)	

Fonte: Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) e dados obtidos pela revisão dos prontuários ambulatoriais e hospitalares dos serviços de acompanhamento.

*Teste exato de Fisher.

5.5. Acompanhamento ambulatorial e adesão ao tratamento (TARV)

Considerando os prontuários encontrados (67) nos serviços especializados em doenças infecciosas e parasitárias, em 39 sujeitos da pesquisa foi identificado o registro de tratamento regular no serviço especializado em infectologia, 28 sujeitos da pesquisa foram identificados em tratamento irregular.

Ao analisar os 28 sujeitos com acompanhamento na especialidade irregular 18 tinham registro atraso de retirada da TARV e destes 13 registros de abandono da TARV no período do estudo. Destes 13 registros de abandono da TARV, 8 sujeitos da pesquisa tinham relato de uso de drogas, entorpecentes que corresponde a 61,5% do total dos pesquisados.

Foram 2.139 atendimentos individualizados nos serviços ambulatoriais de especialidade no período do estudo para os 67 sujeitos da pesquisa, assim distribuídos: 34,8% (746) com farmacêutico 26,5% (567) com médico infectologista; 20,1% (430) com assistente social; 10,3% (222) com enfermeiro; 4,6% (100) com psicólogo e 3,4% (74) com a equipe multiprofissional como odontólogos, nutricionista, ginecologista entre outros que são dependentes das características de cada serviço e da lotação de profissionais no período. Uma média de 31,9 atendimentos por paciente. Não foram elencados os atendimentos coletivos e as interconsultas.

Embora este estudo não tenha como objetivo a análise qualitativa dos registros encontrados nos prontuários, julgou-se necessário a transcrição de algumas passagens que reforçam a necessidade do aprimoramento das políticas assistências destinadas às PVHIV que possuem transtornos mentais. Seguem abaixo exemplos de relatos encontrados nos prontuários do serviço especializado:

“Paciente encaminhado pelo médico, relata perda de peso significativa nos últimos 6 meses, em acompanhamento regular no serviço, realizado avaliação e orientações alimentares” – registro da nutricionista do CEDIP.

“Relata sintomas de tristeza com o diagnóstico HIV, há alguns dias crise de ansiedade pós descoberta de HIV” – Registro da psicóloga do CEDIP sobre um paciente etilista há 20 anos.

“Paciente em abandono de tratamento, realizado busca ativa três vezes, e resgate dos familiares, sem sucesso” – registro da equipe especializada.

Das 10 pessoas com relato de situação de rua, nenhuma teve registro de consulta regular com a especialidade. Dentre esses, 8 tinham registro de atraso de retirada da TARV. Dos dois casos com retirada regular da TARV, um caso que a retirada regular é a pela eCR como estratégia de melhoria da adesão ao tratamento. Além disso, 6 sujeitos da pesquisa se encontram entre os 13 em abandono de TARV.

Ao todo foram 27 registros de abandono de TARV com atraso de retirada de medicação acima de 100 dias, destes como foi dito 33,3% (9) tinham consultas especializadas a cada 6 meses no mínimo e 66,6% (18) não tinham registros de atendimento com médico especialista no mínimo a cada 6 meses que configura abandono do serviço.

Quanto à vinculação do paciente ao centro de atendimento psicossocial de referência, 26 estavam vinculados ao CAPS AD, 2 ao CAPS AD e ao CAPS Aero Rancho, 6 ao CAPS AD e à eCR, 1 ao CAPS AD e UA. Quarenta sujeitos da pesquisa possuem vinculado somente à um dos quatro CAPS III existentes em Campo Grande e 1 paciente estava vinculado apenas à eCR.

Considerando os prontuários encontrados (71) nos pontos da rede da RAPS, foi identificado o registro de 28 sujeitos da pesquisa acompanhamento regular no CAPS/eCR e foi identificado o registro de 40 sujeitos da pesquisa em acompanhamento irregular. Vale considerar que 3 prontuários estavam com registros insatisfatórios com dados incompletos, ilegíveis ou com pouca informação detalhada ou relevante.

Sobre o regime terapêutico nos pontos da RAPS foi identificado o registro de 31 sujeitos da pesquisa em acompanhamento de regime ambulatorial, 34 sujeitos em regime misto ambulatorial e abrigamento e 6 em regime de abrigamento durante o período do estudo. Verifica-se que 47,8% tem indicação de tratamento misto ou semi-intensivo.

Foram 4.680 atendimentos individualizados nos centros de atenção psicossocial no período do estudo para os 71 sujeitos da pesquisa, assim distribuídos: 33,2% (1.555) com médico; 23,8% (1.114) com psicólogo; 14,8% (696) com enfermeiro; 11,3% (529) com farmacêutico e 16,7% (786) com equipe multiprofissional como assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogos entre outros que são dependentes da característica de cada serviço e da lotação de profissionais no período. Uma média de 65,9 atendimentos por paciente. Não foram elencados atendimentos em grupos como roda de conversas, oficinas terapêuticas, assembleias entre outras atividades, devido à fragilidade desse registro em sistema de informação vigente.

Dos 71 sujeitos da pesquisa, foram encontrados relatos de rede de apoio em 59 sujeitos da pesquisa, sendo 29 informam a genitora feminina como principal ator na rede de apoio, seguido de 11 informam o cônjuge, 5 informam os filhos, 14 informam demais atores como genitor masculino, tios, primos e irmãos, amigos 12 informaram não ter vínculos afetivos com familiares ou amigos.

Novamente, mesmo que não seja objetivo do estudo a descrição e análise de transcrições de relatos do projeto terapêutico singular (PTS) contidos nos prontuários, cabe destacar alguns dos relatos encontrados como meio de fomentar e subsidiar a necessidade de melhores na atenção à saúde integral desse público. Em 55 prontuários foram encontrados o PTS e abaixo estão alguns exemplos de relatos encontrados:

“Abordagem rotineira, orientação de redução de danos, está bem debilitado, orientamos que deveríamos levá-lo para o serviço de urgência ou CEDIP mas negou-se a ir; estava orientado e consciente.” – Registro da enfermeira da eCR.

“Paciente usuário de álcool e drogas, descobriu há 3 meses ser portador de HIV evidenciando pensamentos de mortes, ideias suicidas e tristeza, já tentou suicídio duas vezes” – registro da equipe de saúde mental

“Após ter descoberto B24, está relatando ansiedade e desejo de usar drogas, refere pensamento de morte, ideiação suicida, mas pensa em Deus e desiste. Relata ouvir vozes chamando o nome e sintomas persecutórios frequentes” - Registro da equipe médica do CAPS sobre um paciente que estava em abstinência há 2 anos com histórico de uso de pasta base e maconha e que teve períodos em situação de rua.

“Acompanhei o paciente ao CEDIP, e depois de receber os auxílios da assistente social da unidade, conseguimos passar o paciente pelos atendimentos, reiniciou o tratamento, pegamos receita para três meses” - Registro do psicólogo do CAPS como técnico de referência em PTS do paciente sobre regime de abrigo.

“Estou sem usar drogas há mais de 8 anos, eu cheguei a usar crack, agora faço meu tratamento certinho, graças a Deus, me recuperei, minha esposa e a igreja me ajudaram” – fala de um paciente durante entrevista.

5.6 Adesão à TARV com base no CEAT-VIH

Devido à pandemia de COVID-19, as entrevistas para a aplicação do questionário de adesão à TARV que estavam previstas para 2020 em modo presencial foram realizadas somente em junho de 2021, por ligação telefônica. Dos 76 sujeitos da pesquisa elegíveis, pelo contato telefônico disponível nos prontuários ou nos sistemas de informações utilizados neste estudo, somente 38 foram localizados e 35 sujeitos da pesquisa que responderam o CEAT-VIH, pois um destes relatou que não iniciou TARV mesmo após o resultado positivo do exame sorologia, pois sua carga viral mantém-se indetectável até o momento do contato para a entrevista (cerca de 5 anos após o diagnóstico), 01 paciente estava internado e um foi considerado inapto a responder as perguntas.

Destas 2 entrevistas foram presenciais uma pela abordagem da equipe do consultório na rua e uma pelo pesquisador no CAPS de referência. O principal motivo da não localização dos demais indivíduos foi a mudança de contato telefônico. Devido ao baixo número de respondentes, a análise dos dados desta etapa do estudo foi totalmente descritiva. Os gráficos 1 a 15 ilustram os resultados obtidos.

Em relação à pergunta “Deixou de tomar sua medicação alguma vez, durante a última semana? ” 77,1% (27) responderam nenhuma vez, 22% (7) responderam alguma vez, 2,9% (1) respondeu sempre. Tal dado demonstra, segundo os sujeitos da pesquisa entrevistados, um indicador positivo na adesão relacionada à tomada de medicamentos ARV na última semana. Os resultados estão demonstrados no Gráfico 1.

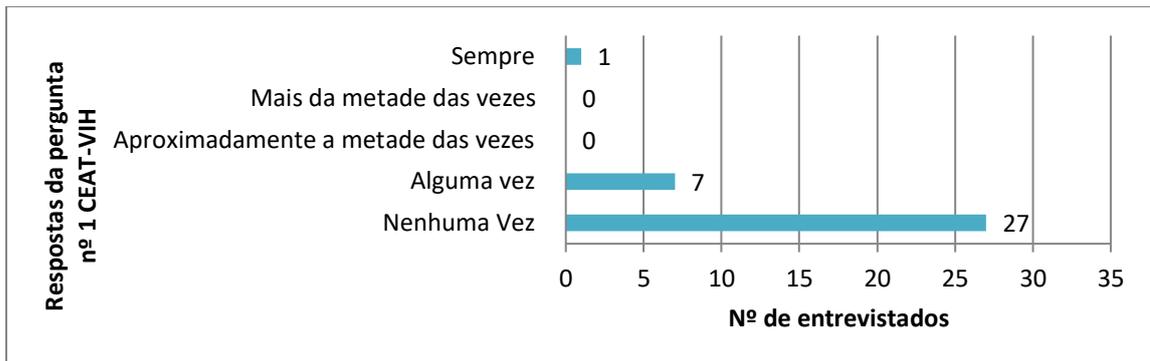


Gráfico 1 – Respostas da pergunta 1 do Questionário (CEAT- VIH) – Durante a última semana, deixou de tomar sua medicação alguma vez? N= 35.

Em relação à pergunta “Se alguma vez se sentiu melhor, deixou de tomar seu medicamento?” 74,3% (26) responderam nenhuma vez, 22,9% (8) responderam alguma vez, 2,9% (1) respondeu mais da metade das vezes. Tal dado demonstra indicador positivo na adesão relacionada ao não interrupção do tratamento medicamentoso na ausência de sintomas clínicos. Os resultados estão demonstrados no Gráfico 2.

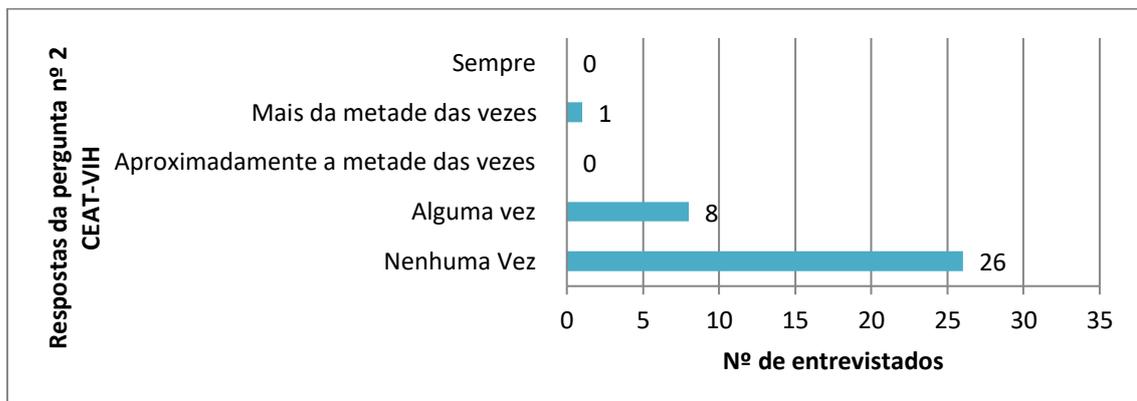


Gráfico 2 – Respostas da pergunta 2 do Questionário (CEAT- VIH) – Se alguma vez se sentiu melhor, deixou de tomar sua medicação? N= 35.

Em relação à pergunta “Se alguma vez depois de tomar seu medicamento sentiu-se pior, deixou de toma-la?” 68,6% (24) responderam nenhuma vez; 11,4% (4) responderam alguma vez; 5,7% (2) responderam aproximadamente a metade das vezes; 2,9% (1) respondeu mais da metade das vezes e 11,4% (4) responderam sempre. Tal dado demonstra indicador positivo na adesão relacionada ao não interrompimento do tratamento medicamentoso na presença de sintomas clínicos. Contudo, comparado à pergunta 2, nota-se um aumento de frequência de respostas negativas quando se relacionada a presença de sintomas. Os resultados estão demonstrados no Gráfico 3.

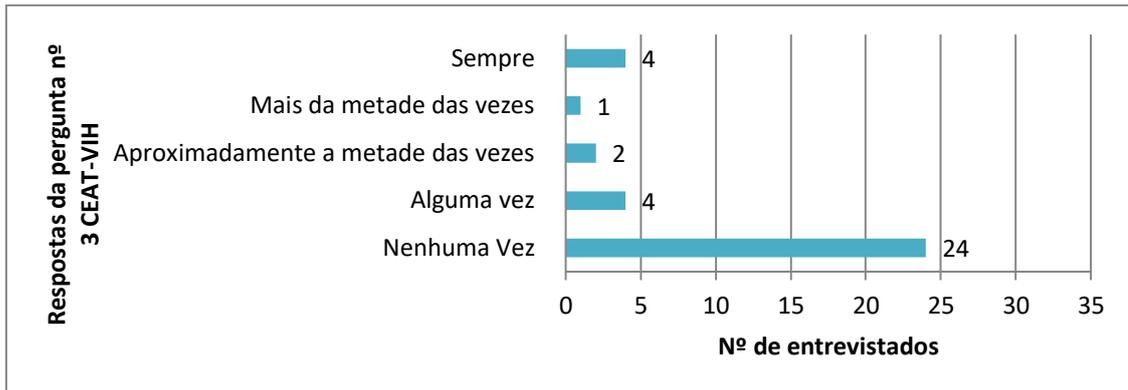


Gráfico 3 – Respostas da pergunta 3 do Questionário (CEAT- VIH) – Se alguma vez depois de tomar sua medicação sentiu-se pior, deixou de toma-la? N= 35.

Em relação à pergunta “Se alguma vez se sentiu triste ou deprimido, deixou de tomar seu medicamento?” 80% (28) responderam nenhuma vez; 5,7% (2) responderam alguma vez; 5,7% (2) responderam aproximadamente a metade das vezes; e 8,6% (3) responderam sempre. Tal dado demonstra indicador positivo na adesão relacionada ao não interrompimento do tratamento medicamentoso na presença de sintomas psíquicos depressivos. Os resultados estão demonstrados no Gráfico 4.

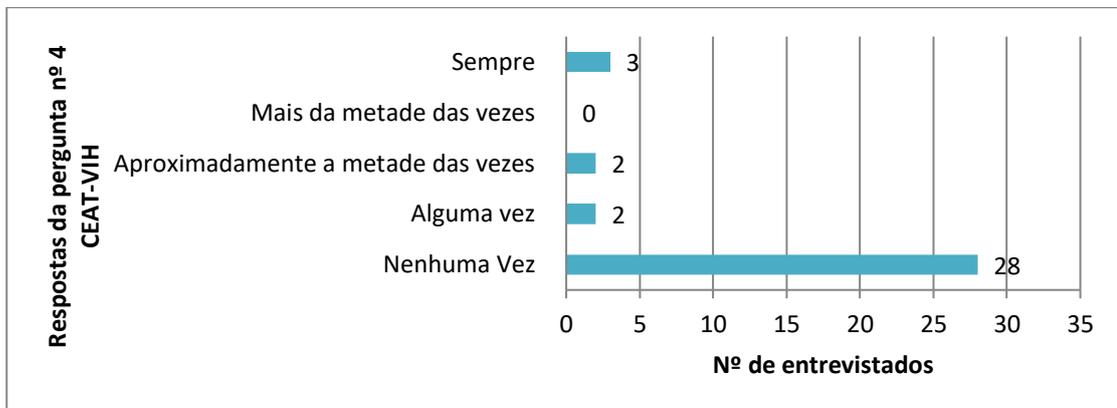


Gráfico 4 – Respostas da pergunta 4 do Questionário (CEAT- VIH) – Se alguma vez se sentiu triste ou deprimido, deixou de tomar sua medicação? N= 35.

Em relação à resposta da pergunta “Lembra-se quais remédios está tomando nesse momento?” 68,5% (24) responderam sim e 31,4% (11) responderam que não. Ressaltamos que os sujeitos da pesquisa que relataram *sim* usualmente não sabiam denominar todos os nomes com princípios ativos das medicações ARV, mas tinham conhecimento dos nomes comumente usados como esquema 3 em 1, lamivudina, entre outras respostas registradas.

Em relação à pergunta “Como é a relação que mantém com o seu médico?” 74,3% (26) responderam boa; 17,1% (6) responderam regular e 8,6% (3) responderam que pode melhorar. Tal dado demonstra indicador positivo na adesão relacionada ao vínculo com o profissional,

mas há resultados expressivos na opinião do paciente na tendência de melhoria. Os resultados estão demonstrados no Gráfico 5.

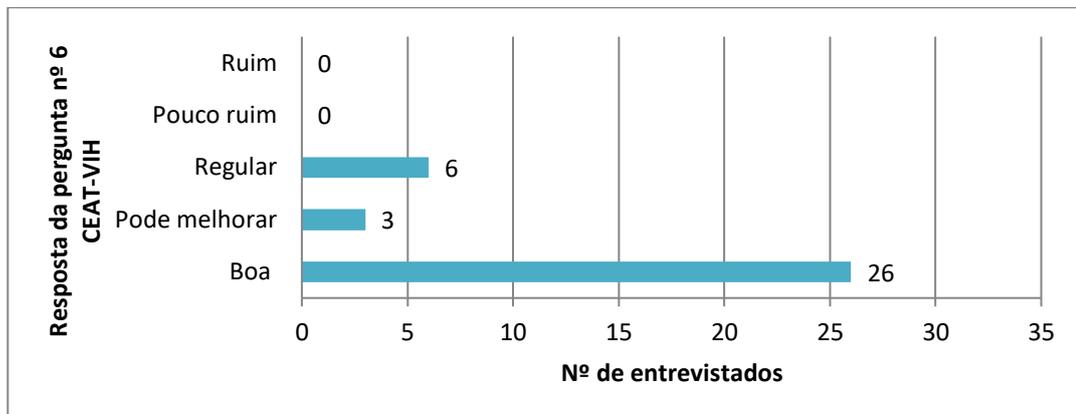


Gráfico 5 – Respostas da pergunta 6 do Questionário (CEAT- VIH) – Como é a relação que mantém com o seu médico? N= 35.

Em relação à pergunta “Quanto você se esforça para seguir com o tratamento?” 54,3% (19) responderam muito; 28,6% (10) responderam bastante e 17,1% (6) responderam regular. Tal dado demonstra um indicador positivo relacionado à percepção de si como pró-ativo e esforçado no âmbito do seu tratamento. Os resultados estão demonstrados no Gráfico 6.

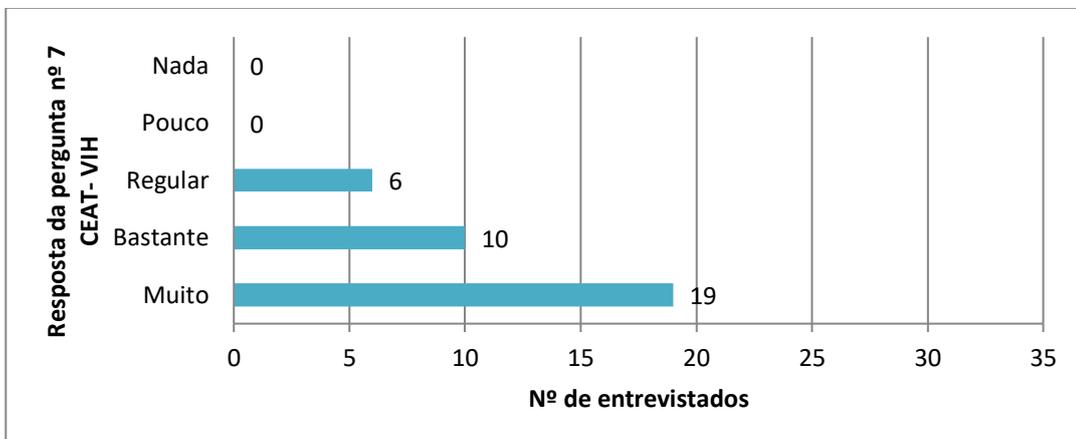


Gráfico 6 – Respostas da pergunta 7 do Questionário (CEAT- VIH) – Quanto você se esforça para seguir com o tratamento? N= 35.

Em relação a pergunta “Quanta informação você tem sobre os medicamentos que toma para o HIV?” 28,6% (10) responderam muito; 22,9% (8) responderam bastante; 14,3% (5) responderam regular, 14,3% (5) responderam muito pouco e 20% (7) responderam nada. Tal dado demonstra um indicador regular em relação ao tratamento medicamento. O tratamento medicamentoso consiste não apenas em quais medicações, mas orientações de indicação, uso, dosagens, estratégias de uso, efeitos adversos, interação medicamentosa, entre outros. Os resultados estão demonstrados no Gráfico 7.

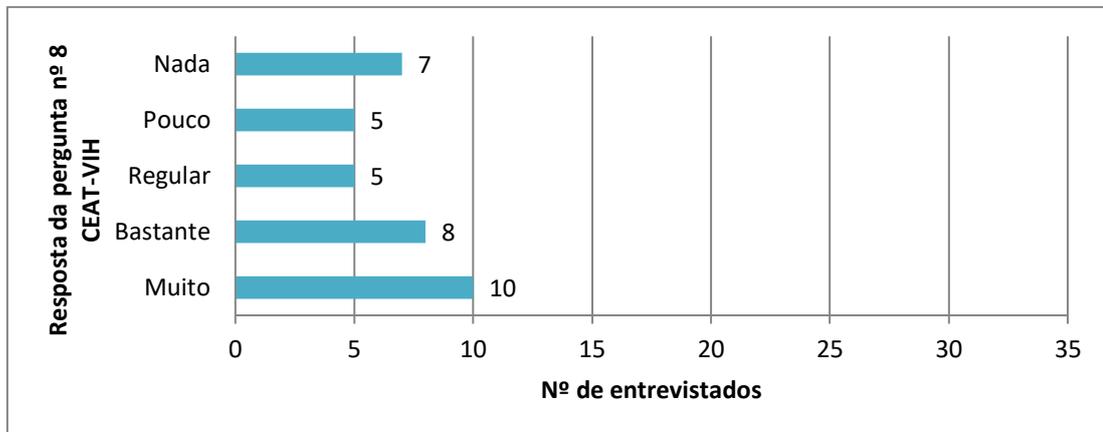


Gráfico 7 – Respostas da pergunta 8 do Questionário (CEAT- VIH) – Quanta informação você tem sobre os medicamentos que toma para o HIV? N= 35.

Em relação a pergunta “Quanto benefício pode lhe trazer o uso destes medicamentos?” 57,1% (20) responderam muito; 17,1% (6) responderam bastante; 8,6% (3) responderam regular, 5,7% (2) responderam muito pouco e 11,4% (4) responderam nada. Tal dado demonstra um indicador positivo em relação ao reconhecimento da importância do tratamento medicamento. Os resultados estão demonstrados no Gráfico 8.

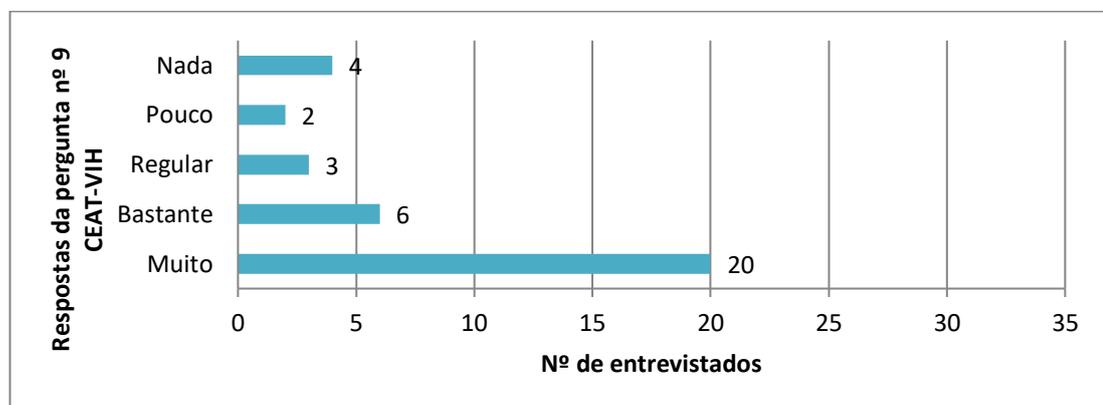


Gráfico 8 – Respostas da pergunta 9 do Questionário (CEAT- VIH) – Quanto benefício pode lhe trazer o uso destes medicamentos? N= 35.

Em relação à pergunta “Considera que sua saúde melhorou desde que começou a tomar os medicamentos para o HIV?” 48,6% (17) responderam muito; 22,9% (8) responderam bastante; 20% (7) responderam regular, 5,7% (2) responderam pouco e 2,9% (1) respondeu nada. Tal dado demonstra um indicador positivo em relação ao reconhecimento da importância do tratamento medicamento nos efeitos da saúde geral. Os resultados estão demonstrados no Gráfico 9.

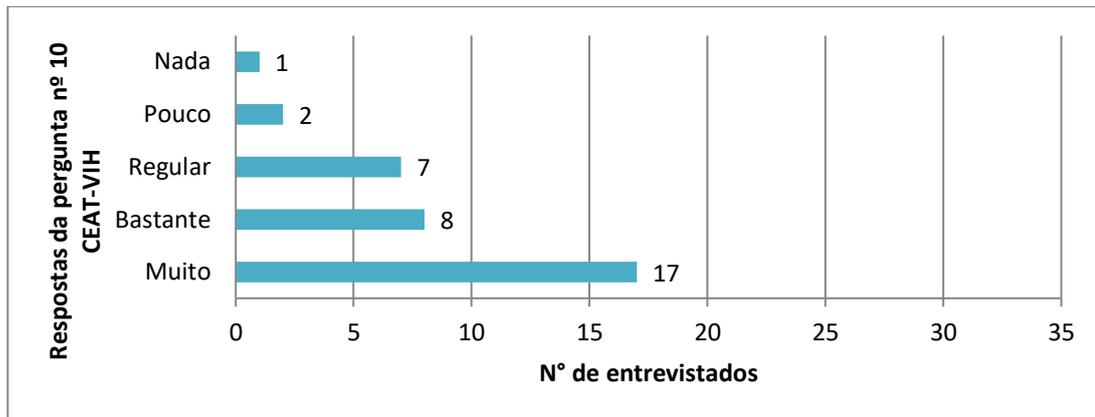


Gráfico 9 – Respostas da pergunta 10 do Questionário (CEAT- VIH) – Considera que sua saúde melhorou desde que começou a tomar os medicamentos para o HIV? N= 35.

Em relação à pergunta “Até que ponto se sente capaz de seguir com o tratamento? ” 71,4% (25) responderam muito; 8,6% (3) responderam bastante; 17,1% (6) responderam regular e 2,9% (1) respondeu pouco. Tal dado demonstra um indicador positivo em relação as perspectivas de adesão e manutenção do tratamento. Os resultados estão demonstrados no Gráfico 10.

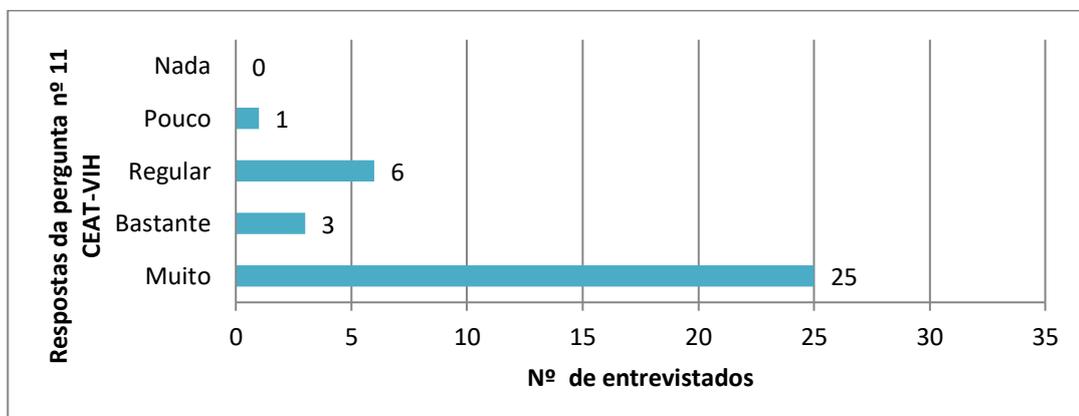


Gráfico 10 – Respostas da pergunta 11 do Questionário (CEAT- VIH) – Até que ponto se sente capaz de seguir com o tratamento? N= 35.

Em relação à pergunta “Normalmente está acostumado a tomar a medicação na hora certa? ” 62,9% (22) responderam sempre; 22,9% (8) responderam muitas vezes; 2,9% (1) respondeu aproximadamente metade das vezes; 5,7% (2) responderam alguma vez e nunca. Considerou-se a hora certa, o horário indicado pela equipe de saúde. Tal dado demonstra um indicador positivo em relação ao seguimento das orientações da equipe sobre a tomada do medicamento. Os resultados estão demonstrados no Gráfico 11.

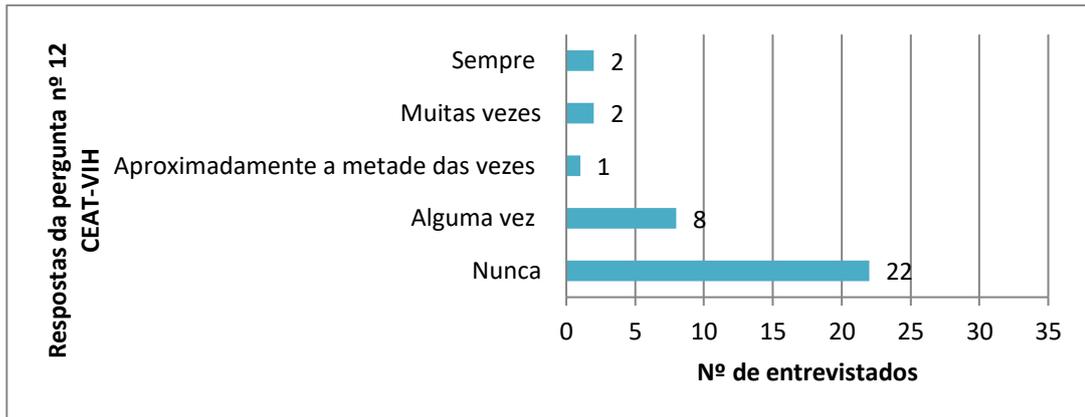


Gráfico 11 – Respostas da pergunta 12 do Questionário (CEAT- VIH) – Normalmente está acostumado a tomar a medicação na hora certa? N= 35.

Em relação à pergunta “Quando os resultados dos exames são bons, seu médico costuma utilizá-los para lhe dar ânimo e motivação para seguir com o tratamento?” 48,6% (17) responderam sempre; 25,7% (9) responderam muitas vezes; 8,6% (3) responderam alguma vez e 17,1% (6) nunca. Considerou-se os exames de rotina das diretrizes clínicas como carga viral, CD4. Tal dado demonstra um indicador positivo em relação a demonstração de efetividade do tratamento mensurada através dos acompanhamentos de saúde pelos exames como fator protetor de adesão ao tratamento. Os resultados estão demonstrados no Gráfico 12.

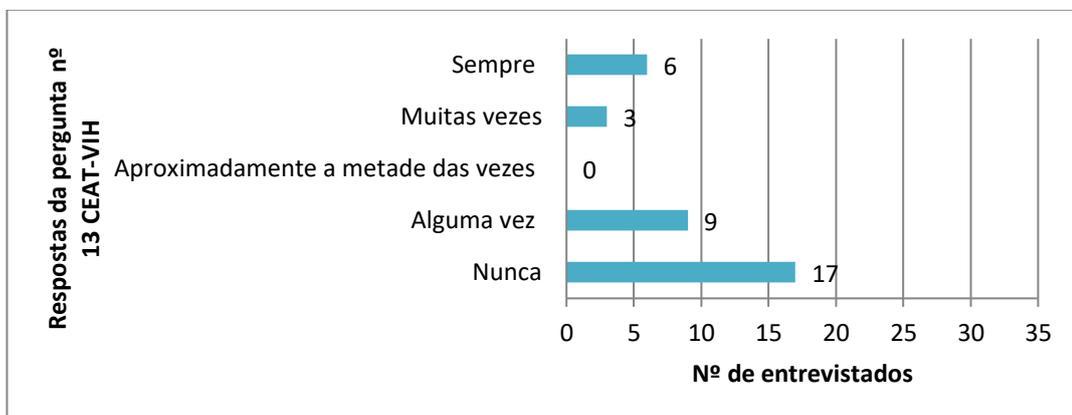


Gráfico 12 – Respostas da pergunta 13 do Questionário (CEAT- VIH) – Quando os resultados dos exames são bons, seu médico costuma utilizá-los para lhe dar ânimo e motivação para seguir com o tratamento? N= 35.

Em relação à pergunta “Como sente-se em geral com o tratamento desde que começou a tomar seus remédios?” 45,7% (16) responderam muito satisfeito; 48,6% (17) responderam satisfeito; 5,7% (2) responderam indiferente. Tal dado demonstra um indicador altamente positivo em relação a demonstração à satisfação do paciente em relação ao tratamento medicamentoso no bem-estar geral. Os resultados estão demonstrados no Gráfico 13.

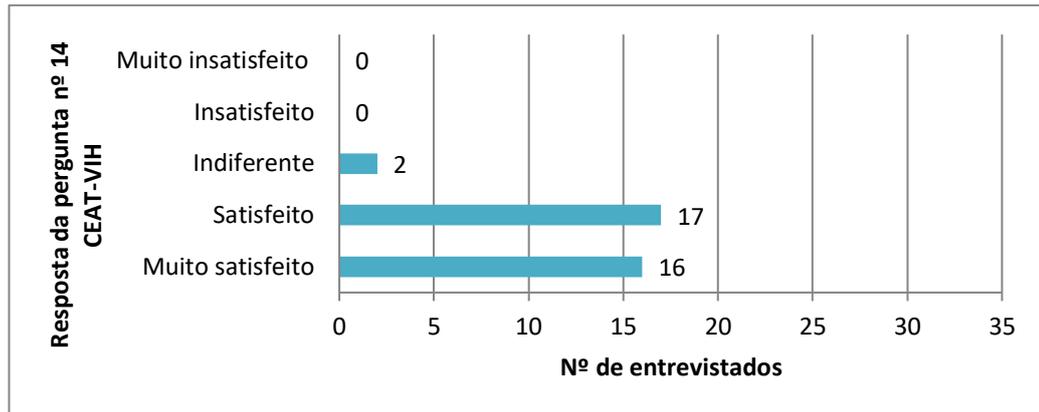


Gráfico 13 – Respostas da pergunta 14 do Questionário (CEAT- VIH) – Como sente-se em geral com o tratamento desde que começou a tomar seus remédios? N= 35.

Em relação a pergunta “Como avalia a intensidade dos efeitos colaterais relacionados com o uso dos medicamentos para o HIV? ” 22,9% (8) responderam nada intensos; 22,9% (8) responderam pouco intensos; 2,9% (1) respondeu medianamente intensos; 20% (7) responderam intensos e 31,4% (11) responderam muito intensos. Tal dado demonstra segundo os sujeitos da pesquisa entrevistados um indicador negativo na frequência e intensidade de efeitos adversos em relação ao tratamento medicamentoso. Os resultados estão demonstrados no Gráfico 14.

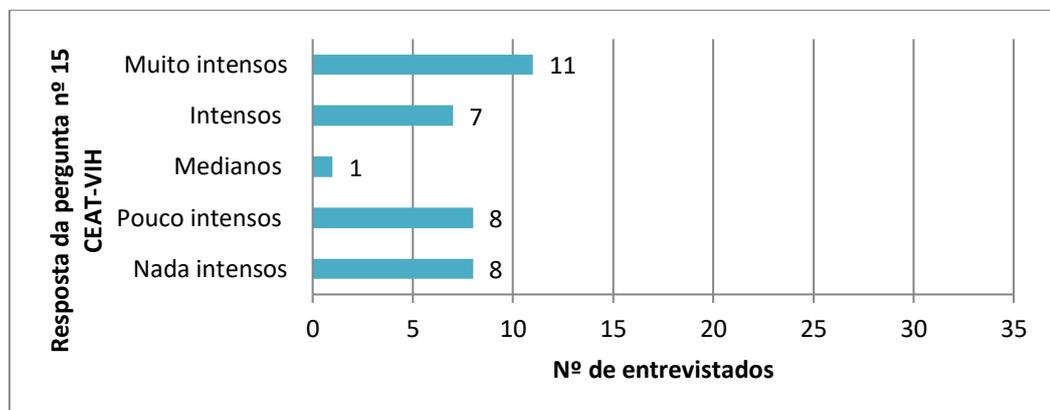


Gráfico 14 – Respostas da pergunta 15 do Questionário (CEAT- VIH) – Como avalia a intensidade dos efeitos colaterais relacionados com o uso dos medicamentos para o HIV? N= 35.

Em relação a pergunta “Quanto tempo acredita que perde ocupando-se em tomar seus remédios? ”, os resultados foram: 71,4% (25) responderam nada de tempo; 20% (7) responderam pouco tempo; 2,9% (1) respondeu regular e 5,7% (2) responderam muito tempo. Tal dado demonstra, segundo os sujeitos da pesquisa entrevistados, um indicador positivo em relação ao tempo dispensado à tomada de medicação não ser um fator complicado na adesão ao tratamento.

Em relação a pergunta “Que avaliação tem de si mesmo com a relação à toma dos remédios para o HIV? ”, os resultados foram 51,4% (18) responderam muito cumpridor; 34,3% (12) responderam bastante cumpridor; 8,6% (3) responderam regular e 5,7% (2) responderam pouco cumpridor. Tal dado demonstra um indicador positivo na autoavaliação do paciente na adesão ao tratamento quando se trata de tomada de medicações.

Em relação à pergunta “Quanta dificuldade tem para tomar a medicação? ”, os resultados foram: 71,4% (25) responderam nenhuma dificuldade; 22,9% (8) responderam pouca dificuldade e 5,7% (2) responderam regular. Considerou-se dificuldade aspectos como quantidade de medicações, tamanho dos comprimidos, horários recomendados. Tal dado demonstra um indicador positivo na apresentação medicamentosa atual, ato de tomada e orientações de administração.

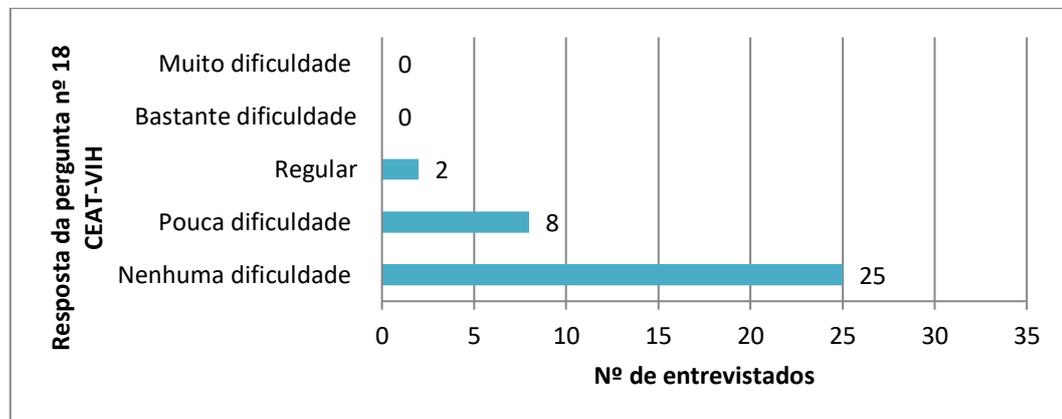


Gráfico 15 – respostas da pergunta 18 do questionário (CEAT- VIH) – quanta dificuldade tem para tomar a medicação? n= 35.

Em relação a pergunta “Desde que está em tratamento, alguma vez deixou de tomar sua medicação um dia completo ou mais de um dia? ”, os resultados foram: 5,71 % (2) responderam que não; 94,29% (33) responderam que sim. Tal dado demonstra, segundo os sujeitos da pesquisa entrevistados, um indicador negativo na adesão relacionada ao esquecimento das doses. A sequência da pergunta está descrita na tabela 11.

Tabela 11. Resultado das respostas da sequência da pergunta “alguma vez deixou de tomar sua medicação, se sim, quantos dias? ”: Campo Grande, 2014-2018 (n = 33).

Resposta no CEAT-VIH	n	%
“Deixou de tomar de 1 a 7 dias”	1	2,9
“Deixou de tomar de 8 a 30 dias”	21	60,0
“Deixou de tomar de 31 a 100 dias	3	8,5

“Deixou de tomar acima de 100 dias”	4	11,4
Não souberam informar período	4	11,4
Total	33	100,0

Em relação à pergunta “Utiliza alguma estratégia para lembrar-se de tomar o medicamento?” 63,9% (22) responderam que não e 37,1% (14) dos participantes responderam sim. Dos sujeitos da pesquisa que responderam sim, 8% (3) relataram estratégia de tomar após uma determinada refeição ao dia, 6% (2) responderam que deixam a medicação em local visível, 6% (2) responderam que contam com ajuda de terceiros para lembra-los de tomar a medicação, 6% (2) responderam que usam um dispositivo de despertador de lembrete, 6% (2) responderam que sempre tomam após uma determinada atividade diária como ao acordar e após escovar dentes. Se relacionado ao indicador de esquecimento de tomada de medicação, este dado indica que a utilização de estratégias para tomada pode ser um fator fortalecedor na adesão ao tratamento medicamentoso.

Em relação à pontuação por alternativa de respostas, os itens 3, 5, 8, 15 e 20 obtiveram baixa adesão, os itens 9, 10, 13 obtiveram boa adesão e os itens 1, 2, 4, 6, 7, 11, 12, 14, 16, 17, 18 e 19 obtiveram alta adesão. Os itens relacionados com baixa adesão foram: se se sentiram pior após a tomada da medicação e deixou de tomar, os nomes dos remédios que estão tomando, sobre a quantidade de informações que tem em relação ao medicamento, sobre os efeitos colaterais do medicamento, e sobre estratégias para lembrar-se de tomar. O resultado de média, total e percentual está descrito na tabela 12.

Tabela 12. Resultado das respostas aos itens do CEAT-VIH, Campo Grande, 2014-2018 (n = 35).

Item (alternativa de resposta)	Média	Total de pontos	%
Item 1 (1-5)	4,7	164	94
Item 2 (1-5)	4,7	166	95
Item 3 (1-5)	3,5	124	71
Item 4 (1-5)	4,5	157	90
Item 5 (0- 2)	1,4	48	69
Item 6 (1-5)	4,6	160	91
Item 7 (1-5)	4,4	153	87
Item 8 (1-5)	3,3	114	65
Item 9 (1-5)	4,0	141	81
Item 10 (1-5)	4,1	143	82
Item 11 (1-5)	4,5	157	90
Item 12 (1-5)	4,4	155	89
Item 13 (1-5)	4,0	139	79

Item 14 (1-5)	4,4	154	88
Item 15 (1-5)	2,9	100	57
Item 16 (1-5)	4,5	158	90
Item 17 (1-5)	4,3	151	86
Item 18 (1-5)	4,7	163	93
Item 19 (0-1)	0,9	33	94
Item 20 (0 -1)	0,4	14	40
Não houve respostas em branco (esperada 0%)			

No período do preenchimento do questionário CEAT- VIH, a maioria apresentava valores de carga viral indetectável, indicando que a infecção pelo HIV estava controlada, contudo, em relação ao escore de adesão do questionário por paciente foi: 51,4% (18/35) apresentaram classificação de baixa adesão, 31,4% (11/35) apresentaram classificação regular e 17,1% (6/35) estrita ou alta adesão, conforme descrito na tabela 13.

Tabela 13. Grau de adesão segundo CEAT-VIH, Campo Grande, 2014-2018 (n = 35).

Grau de adesão	n	%
Adesão baixa (escore bruto ≤ 74; P≤ 49)	18	51,4
Adesão regular (escore bruto entre 75 e 79)	11	31,4
Adesão alta ou estrita (escore bruto ≥ 80)	6	17,1
Total	35	100,0

Considerando os dados obtidos de autorrelato mediante entrevista CEAT-VIH os sujeitos da pesquisa obtiveram maior frequência de classificação de adesão baixa, história de baixa adesão por atraso de retirada de TARV, falta de conhecimento da importância do tratamento regular ou de recordatório dos dias de atraso pela amostra pode ser considerado um sinal de alerta.

6. DISCUSSÃO

Este estudo se propôs a estudar uma população que historicamente é negligenciada e possui uma dupla carga de doenças: HIV/aids e transtornos mentais (MURRAY *et al.*, 2010; YI *et al.*, 2015). A descrição e análise de questões relacionadas ao perfil clínico-epidemiológico, ao seguimento e adesão medicamentosa de PVHIV vinculadas aos pontos da RAPS revelou achados importantes que poderão subsidiar a proposição de melhorias das linhas de cuidado para PVHIV e para a RAPS.

A proporção de PVHIV com transtornos mentais moderados ou graves vinculadas aos pontos de atenção da RAPS no período de estudo foi de 0,88%. Os resultados encontrados evidenciaram a associação entre as variáveis: abandono de tratamento e pessoas em situação de rua, o atraso de retirada de TARV e os transtornos mentais. Cabe destacar também a falta de comunicação entre os serviços de saúde mental e a atenção especializada em infectologia e os achados de não início de TARV, conforme recomendado pelas diretrizes nacionais; em 6,58% dos sujeitos avaliados neste estudo.

Segundo dados do Ministério da Saúde, no período de 2007 a junho de 2020, a infecção pelo HIV ocorre com maior frequência na população geral: em pessoas do sexo masculino, (68,4% na população de estudo); cor/raça brancos e pardos (76,3% na população de estudo), ensino médio completo (34,2% na população de estudo) e com idade entre 20 a 34 anos (BRASIL, 2020). Comparado aos resultados, que contém restrição de PVHIV que possuem vínculo aos pontos da RAPS, a única diferença no perfil sociodemográfico é a faixa etária de maior frequência de casos com média de 39,8 anos.

A caracterização clínico-epidemiológica, os dados divergentes entre os dados nacionais e a população de estudo na categoria comportamento/prática sexual. Dados nacionais indicam que a categoria de homens que fazem sexo com homens é a mais frequente (BRASIL, 2020), o que difere deste estudo, em que a maior frequência é composta por homens que fazem sexo com mulheres.

Estudos brasileiros encontraram prevalências distintas dos transtornos mentais em PVHIV: Gomes (2010) descreveram as psicoses graves e esquizofrenias em 1º lugar, seguidos pelos transtornos afetivos e o uso de álcool e drogas em 3º lugar. Tal achado diverge dos resultados encontrados no presente estudo, em que os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas e álcool ocupam a posição de maior frequência como CID principal. Esta divergência pode estar relacionada com as diferenças entre os pontos assistenciais (sujeitos atendidos em hospitais e em CAPS *versus* sujeitos atendidos somente em CAPS) e

regionalização, uma vez que a prevalência de uso de drogas em regiões de fronteira é reconhecidamente maior em relação ao restante do país (PAES; ORLANDO, 2013; RODRIGUEZ; MARQUES; TOUZÉ, 2002; WERLE *et al.*, 2021).

A prevalência de sintomas depressivos em PVIHV, em Portugal, foi estimada em 65,0%; destes, 32,7% apresentavam sintomas graves de depressão (FREITAS; FERNANDES; MORGADO, 2015). Estudos nacionais verificaram que em torno de 43% dos PVHIV apresentavam sintomas depressivos e disforia (REIS *et al.*, 2017; MALBERGIER; ANDRADE, 1999).

Até o fechamento desta dissertação, foram localizados poucos estudos sobre ansiedade em PVHIV. O único relato encontrado estimou em 27,7% e 17% a prevalência de sintomas moderados e graves de transtornos ansiosos, respectivamente (BETANCUR *et al.*, 2017).

Em estudos que investigaram a ideação suicida entre PVHIV, verificou-se que o desejo de morte está fortemente correlacionado com escores de depressão (NOGUEIRA *et al.*, 2019). O risco de morte por suicídio é 100 vezes maior em pessoas que vivem com HIV do que na população em geral (PELTON *et al.*, 2021).

O uso abusivo de álcool, isolado ou associado, foi identificado em 28,9% dos indivíduos deste estudo, o que está muito próximo ao reportado por Kader *et al.* (2014), maior proporção foi de casos do sexo masculino, corroborando ao descrito por Levi-Minzi e Surratt (2014).

A adesão a TARV, carga viral e uso prejudicial de álcool em PVHIV ocorreu em 24,3%, Carvalho e colaboradores (2007) descreveram que a ocorrência de interrupção da TARV e de carga viral detectável foi mais frequente no grupo com consumo.

Alterações psicopatológicas em usuários de drogas PVHIV são mais frequentes quando comparadas à população geral (IKARIMOTO E GONÇALVES, 2014), alta prevalência de uso de drogas em PVHIV em unidades de saúde mental foi relatada em estudos internacionais (GONZALEZ-TORRES, *et al.*, 2015) e nacionalmente, a proporção de usuários de drogas em PVHIV é 6,26 vezes (BRASIL, 2020), os achados apresentaram alta prevalência (44,4%) na população de estudo.

A caracterização do tipo de droga mais consumida no município de Campo Grande é no formato de pasta base. Esse dado diverge de outras capitais, a exemplo de São Paulo, que há predomínio do crack (OLIVEIRA e NAPPO, 2008), mas corrobora com estudos locais do estado de Mato Grosso do Sul (PAES, 2008).

Ao comparar os dados de carga viral mais próximos de 2014 (período inicial do estudo) com dados mais próximos de 2018 (período final), foi observada uma inversão a quantidade de

sujeitos com carga viral detectável *versus* com valores de não detectado ou menor que o limite de detecção. Este padrão de inversão não foi observado para contagem de células CD4+, pois a categoria maior que 500 células/mm³ se mantiveram como mais frequente.

Apesar de não ter sido observada associação significativa entre a falha terapêutica virológica e as variáveis deste estudo como ocorreu com Nogueira *et al.*, (2019) em Santos (SP), o estudo obteve 36,7% (25/68) de falha terapêutica virológica, dado importante considerando o tamanho da amostra e o público.

As infecções foram relatadas em 40% dos casos do estudo no município de Marília em PVHIV com transtornos depressivos (TRONCOSO, 2013), semelhantes aos resultados deste estudo que evidenciaram a alta prevalência de coinfeções 58,3%, destacando a tuberculose como a mais frequente corroborando com o descrito por outros autores, que a descrevem como a infecção oportunista mais comum entre os PVHIV (COELHO, 2013; MIRANDA, *et al.*, 2017). As infecções que comumente identificadas em estudos nacionais nas PVHA como tuberculose, candidíase, hepatite C, herpes zoster e as IST em geral (RIGHETTO, 2014; GALVÃO *et al.*, 2019), obtiveram resultados parecidos na população do estudo com transtornos mentais.

A associação entre o estado imunológico através da falha terapêutica imunológica e a presença das infecções foi constatada, todos os sujeitos da pesquisa com registro de falha terapêutica imunológica apresentaram infecções no período e ao final do período do estudo 16,1% permaneciam com contagem de linfócitos T CD4+ com critério para diagnóstico de aids, deixando-o suscetíveis a diversas patologias (BRASIL, 2013).

Ao estudar a relação entre o número de células CD4+, a carga viral e variáveis explicativas como o abuso de álcool/drogas, depressão, situações classificadas como eventos negativos da vida em PVHIV, Ironson *et al.* (2005) reportaram que cerca de um terço dessas variáveis são responsáveis pela variação significativa nas contagens de células CD4+ e carga viral.

O estudo apresentou associação da falha terapêutica imunológica e os transtornos mentais relacionados mais frequentes em abuso de substância e esquizofrenia. Isto reflete na importância dos aspectos psicológicos e comportamentais no tratamento da PVHIV, especialmente aquelas com transtornos mentais moderados e graves, assim como seu acompanhamento regular como foi relatado por autores na cidade do Cabo - África do Sul, que pacientes em uso de TARV acompanhados por serviços de saúde mental tiveram aumento na linha de base 3,8 vezes de células/mm³ (OWE-LARSSON; SALAMON; ALLGULANDER, 2009).

Em relação à TARV foi identificada a predominância da primeira linha de tratamento (lamivudina, tenofovir, efavirenz/dolutegravir) na população deste estudo, assim como descrito para estudos da população geral (BROJAN *et al.*, 2020; FUKUMOTO ET AL, 2013; GOMES *et al.*, 2009; JONES *et al.*, 2007). A recomendação de dolutegravir com 42% mais eficaz na supressão da carga viral do HIV (BRASIL, 2017) explica parte do percentual (46,48%) de registros de mudanças de esquema.

Em relação ao atraso de retirada da TARV, verificou associação com a faixa etária, e aqueles com idade acima de 41 anos concentram as maiores ocorrências de atrasos. Estes resultados são próximos ao encontrado por CAMELO *et al.*, (2016), que cita que indivíduos acima de 40 anos apresentam mais dificuldades para a construção de percepções, conceitos, comparada a faixas etárias mais jovens, podendo estas estar relacionada aos conceitos relacionados à importância do tratamento regular e retirada da TARV.

Os transtornos mentais apresentaram associação com a maioria dos desfechos avaliados neste estudo, especialmente o atraso na retirada da TARV. Verificou-se ainda que 84% dos sujeitos com falha terapêutica virológica ou abandono de TARV estavam com registro de dispensação de TARV mensal irregular. Os transtornos psiquiátricos representaram 18% entre as causas de abandono da TARV (Mello *et al.*, 2020) e associados à não adesão da TARV (MOORE *et al.*, 2012; SPRINGER; DUSHAJ; AZAR, 2012).

O atraso na retirada e abandono da TARV foi fortemente associado à condição de situação de rua. Brito (2019) relatou alta prevalência de PVHIV em situação de rua. Pessoas com doenças de difícil aceitação social como a aids, hanseníase, transtornos mentais, deficiências físicas e/ou mentais, as famílias geralmente não possuem recursos para lidar com as situações envolvendo o custo dos tratamentos, neste sentido as instituições públicas ou mesmo a rua são os possíveis destinos de muitos (FERREIRA; MACHADO, 2007).

No que se refere à adesão a TARV e acompanhamentos nos serviços: O acompanhamento irregular no CAPS de referência apresentou associação com atraso de retirada da TARV. Assim como descrito por NAGATA (2013), que verificou a associação entre faltas nas consultas no serviço especializado e o tempo médio de retiradas da medicação. O acompanhamento de saúde mental foi associado à diminuição do risco de descontinuar a TARV em PVIHV (HIMELHOCH, 2009). Neste estudo, os sujeitos sem registro de abandono apresentaram uma média de 69,25 atendimentos/paciente nos CAPS, com razão de 1,65 vezes maior que dos sujeitos com registro de abandono.

O acompanhamento irregular no serviço ambulatorial especializado de infectologia apresentou associação com o abandono da TARV. NAGATA (2013) também analisou a relação

entre o comparecimento às consultas de infectologia e psiquiatria, e identificou que a média de falta em consultas de infectologia foi maior em sujeitos que compareceram às consultas de psiquiatria, sugerindo a hipótese de sujeitos com maiores problemas de adesão sejam aqueles em acompanhamento psiquiátrico.

No presente estudo, os únicos relatos de interações entre ambos os serviços são de sujeitos em regime de abrigamento de saúde mental ou equipe de consultório na rua que acionaram o centro de especialidades para agendamento de consultas retirada de medicações (totalizando 4 registros) e que o profissional vai de acompanhante (1 registro). Tais dados demonstram que organização do serviço de saúde e comunicação entre as especialidades são fatores relevantes para o atraso/abandono do tratamento do HIV/aids.

Outros fatores também são descritos como causa de abandono ou descontinuidade da TARV, como o abuso de álcool e outras drogas (OLIVEIRA, SEILD, 2011), escolaridade e estado civil (TADEGE, 2019), sexo (TAKARINDA, *et al.*, 2015).

Um fator a ser analisado são os achados da polifarmácia de psicofármacos (42,1%). Cabe resgatar que os casos estudados se concentram aqueles mais graves, em que a indicação de regimes semi-intensivos e intensivos (56,3%), o que justificaria a diversidade de terapias medicamentosas, COSTA *et al.*, (2017) relatam que a polifarmácia ocorre em 85,3% nos tratamentos psiquiátricos brasileiros.

Embora os valores nacionais sejam maiores ao encontrado no estudo, ressalta-se que a TARV em si é composta por pelo menos três medicações e que a associação de mais um medicamento configura polifarmácia. Portanto, quase a totalidade de indivíduos deste estudo pode estar em polifarmácia, o que requer cuidados adicionais uma vez que a quantidade de comprimidos tem sido descrita como fator de descontinuidade da TARV (KRENTZ; GILL, 2016; EDELMAN, *et al.*, 2013).

O uso de antidepressivos ou ansiolíticos não apresentam muitas interações quando cruzados com tratamento de primeira escolha da TARV (MICROMEDEX, 2019). Alguns agentes que agem no SNC podem apresentar impacto clínico de sedação excessiva e confusão (SANTOS; SECOLI; PADOIN, 2016).

Os psicofármacos mais frequentes do estudo, a carbamazepina foi à encontrada com maiores riscos de uso combinado com a TARV na literatura, devida interação medicamentosa com os inibidores da transcriptase reversa (BRASIL, 2008). Outras associações ritonavir não ser administrado com diazepam (MALBERGIER E SCHÖFFEL, 2001). Apenas dois registros no SICLOM informando a consideração do uso de psicotrópicos com TARV: “*Justificativa de*

Contraindicação do Esquema de 1ª Linha: em uso de carbamazepina e com quadro depressivo”.

Em virtude da complexidade clínica dos pacientes do estudo há necessidade de prescrições individualizadas de acordo com comorbidades prévias, controles de exames que ajude na melhor escolha da farmacoterapia. As possibilidades de interações medicamentosas devem ser observadas pela equipe e se atentarem para manejo devido ao risco de falha terapêutica da TARV e de desenvolvimento de efeitos adversos graves (MONBLAQUE, 2016; GIMENIZ, 2013).

Chartier e Maier (2015) citam a necessidade de aumentar o acesso aos serviços de saúde mental e uso de substâncias, particularmente por meio de modelos de cuidados integrados, bem como abordar questões de estigma relacionado ao HIV, pode impactar positivamente o engajamento nos cuidados clínicos de HIV. Dado o uso de registros médicos eletrônicos, a disponibilidade de tratamento para transtornos mentais, a ênfase crescente no atendimento integrado de HIV para abordar as lacunas no atendimento, com foco na quebra do cuidado contínuo com o tratamento do HIV.

Os relatos encontrados nos prontuários deste trabalho alertam que a soropositividade ao HIV supõe um impacto negativo na saúde mental do indivíduo, REMOR (2003), enfatiza a importância de se apresentar recursos psicológicos e de apoio para lidar com a situação em especial indivíduos que já têm sofrimento de cunho emocional.

A baixa prevalência de adesão pelo CEAT-VIH na população de estudo foi similar ao encontrado por VEIGA (2020) e inverso ao encontrado por CABRAL e colaboradores (2018) ao analisar a população sem registro de transtornos mentais, inclusive o segundo estudo verificou que uso de álcool e outras drogas não influenciaram da adesão. Esta divergência pode estar relacionada com as diferenças entre o público do estudo que abordou transtornos mentais e comportamentais graves relacionados ao abuso de álcool e substâncias e não apenas o uso.

As entrevistas realizadas para abordar a adesão aos tratamentos evidenciaram que queixas relacionadas a eventos adversos, a falta de estratégia para recordar a tomada, e o baixo conhecimento, estão entre os fatores determinantes para a baixa adesão observada. Este estudo revelou a percepção da falta de educação sobre o HIV ou compartilhamento de informações em serviços de saúde mental, assim como encontrado por CAMELO et al., (2016).

O estudo revelou 5 sujeitos sem início de TARV, com desfecho de dois óbitos, um início da TARV após período do estudo e outros dois foram acionados o serviço de atenção especializada para busca ativa e monitoramento. As diretrizes atuais sugerem que o tratamento

TARV logo no início do diagnóstico, promovendo benefícios para a saúde (GEOCZE *et al.*, 2010) e para a economia (UNAIDS, 2015).

As limitações do estudo foram os registros incompletos em prontuários dos serviços pesquisados, a maioria em formato manual, os prontuários eletrônicos foram fomentados em meados de 2015. Os métodos de adesão baseados na dispensação e autorrelato podem apresentar restrição pela não garantia da tomada do ARV, sendo utilizadas outras medidas como os exames de acompanhamento clínico. A amostra não representativa da população total de casos de HIV/aids, uma vez que considerou somente atendimento no SUS. E a pandemia do COVID-19 influenciou na metodologia da pesquisa.

A reunião de informações relevantes sobre o acompanhamento de sujeitos com demais agravos relevantes em um único sistema de informação ou um modo de realizar referência e contrarreferências para demais pontos da rede de assistência seria consideravelmente útil para o monitoramento clínico de pacientes pela equipe assistencial, mediante aplicabilidade do sigilo e aspectos éticos envolvidos em ambos diagnósticos tratados no estudo.

As doenças mentais não tratadas representam riscos significativos para a saúde geral de PVHIV. Neste sentido, são necessários estudos adicionais considerando esta população para estimar e comparar o impacto relativo de diferentes transtornos mentais e o uso de diferentes drogas (KLINKENBERG, 2004).

7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proporção de PVHIV com transtornos mentais moderados ou graves neste estudo foi de 0,88% (prevalência de 8,8 casos de transtornos mentais moderados e/ou graves a cada 1000 PVHIV). Cabe destacar que se trata de indivíduos que provavelmente são SUS-dependentes e que a prevalência de PVHIV com transtornos mentais moderados ou graves seja maior ao considerar a população total do município.

De modo geral, o perfil epidemiológico predominante da população do estudo foi definido por homens na faixa etária de 40 a 60 anos, brancos ou pardos e com práticas heterossexuais. Os resultados encontrados demonstraram altas prevalências de transtornos comportamentais relacionados ao abuso de substâncias e álcool, de infecções, de ideações suicidas, o que denota a importância das ações prioritárias às populações-chave e populações mais vulneráveis.

O esquema terapêutico predominante foi o da primeira linha de tratamento com os medicamentos: lamivudina, tenofovir, efavirenz/dolutegravir.

A falha terapêutica imunológica apresentou associação com os transtornos e com a presença de coinfeções no período. Não foram observadas associações significativas entre a falha terapêutica virológica e as variáveis. Foram identificadas variáveis associadas à má adesão à TARV, como pessoas em situação de rua, ao uso abusivo de álcool e de drogas ilícitas, acompanhamentos irregulares nos serviços de saúde mental e infectologia.

A deficiência de integração entre os serviços, polifarmácia psicotrópicos, falta de estratégias para lembrar-se de tomar os medicamentos, foram apontados como influenciadores na baixa adesão à TARV e refletem a necessidade de reavaliar as práticas de assistência no nível de gestão e dos atendimentos profissionais na lógica da integralidade do cuidado.

Identificar formas mais adequadas e efetivas de medir a adesão ainda é um desafio (BOTTINO *et al.*, 2011). Nesse sentido, o estudo utiliza mais de método para compor a mensuração da adesão e a comparabilidade dos estudos e garantir fidedignidade da medida, por fim o estudo mostrou que a média de 38,6% dos PVHIV com transtorno mental moderado e grave foi considerada aderente pelas medidas aplicadas no estudo no período.

Os achados do estudo sobre perfil de PVHIV em usuários dependentes químicos e etilistas e/ou com transtornos mentais graves e persistentes são importantes para contribuir no planejamento das ações estratégicas do trabalho das equipes de saúde fortalecendo a importância do cuidado compartilhado e integrado para melhoria da assistência desse público,

além de gerar subsídios para o fortalecimento das políticas de cuidado para populações específicas e vulneráveis no âmbito do SUS.

8. REFERÊNCIAS

ABBAS AK, LICHTMAN AH, PILLAI S. **Imunologia básica: funções e distúrbios do sistema imunológico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2017.

ALMEIDA-FILHO N, MARI JJ, COUTINHO E, FRANÇA JF, FERNANDES J, ANDREOLI SB, et al. **Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity: methodological features and prevalence estimates**. *Br J Psychiatric*. 1997;171:524-9.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION *et al.* **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2014.

ARAÚJO, Álvaro C; NETO, F. L. **A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o DSM-5**. *Revista Brasileira De Terapia Comportamental E Cognitiva*, 16(1), 67-82, 2014. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v16i1.659>

ARAÚJO, Marcelo Ribeiro de. **Seguimento de cinco anos com usuários de crack: evolução dos padrões de consumo, sociodemográficos e de mortalidade**. – Escola Paulista de medicina, São Paulo, 2005.

ATKINSON JH, HEATON RK, PATTERSON TL, et al. **Estudo prospectivo de dois anos de transtorno depressivo maior em homens infectados pelo HIV**. *J Affect Disord*. Junho de 2008.

BARIN, F; *et al.* **Serological evidence for virus related to simian t-lymphotropic retrovirus iii in residents of west Africa**, *The Lancet*, Volume 326, Issues 8469–8470, 1985.

BARRÉ-SINOUSSE F. **HIV: uma descoberta que abre o caminho para novos conhecimentos científicos e melhoria da saúde global**. *Virology*. 2010; 397 : 255–259. doi: 10.1016 / j.virol.2009.08.033.

BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro et al. (Org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p.

BENTON, TD **Depression and HIV / AIDS**. *Curr Psychiatry Rep* 10, 280 , 2008. <https://doi.org/10.1007/s11920-008-0045-y>

BHATIA, M. S.; MUNJAL, S. **Prevalence of depression in people living with HIV/AIDS undergoing ART and factors associated with it**. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, v. 8, n. 10, 2014.

BING, E. G., BURNAM, M. A., LONGSHORE, D., FLEISHMAN, J. A., SHERBOURNE, C. D., LONDON, A. S., TURNER, B. J., EGGAN, F., BECKMAN, R., VITIELLO, B., MORTON, S. C., ORLANDO, M., BOZZETTE, S. A., ORTIZ-BARRON, L., & Shapiro M. **Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States**. *Archives of General Psychiatry*, 58, 721"/728, 2001.

BONOLO, Palmira de Fátima et al. **Vulnerability and non-adherence to antiretroviral therapy among HIV patients, Minas Gerais State, Brazil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 24, p. 2603-2613, 2008.

BOTTINO, Cássio M.C; PÁDUA, Analuiza Camozzato; SMID, Jerusa; FEGYVERES Renata Areza; NOVARETTI, Tânia; BAHIA, Valeria S. **Diagnóstico diferencial entre demência e transtornos psiquiátricos** Critérios diagnósticos e exames complementares. Dement Neuropsychol 2011 June;5(Suppl 1):91-98

BRASIL, Ministério da Saúde. **Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União Nº 190 - Seção 1 – Suplemento - p.192. Brasília, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. **Nota informativa nº7, de 07 de fevereiro de 2017**. [http://azt.aids.gov.br/documentos/Nota%20Informativa%20COMPLEMENTAR%20019-2017.pdf](http://azt.aids.gov.br/documentos/Nota%20Informativa%20COMPLEMENTAR%2020019-2017.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção em saúde mental nos serviços especializados em DST/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/aids, n. 1 vol. 48. Brasília, 2020**. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/media/pdf/2020/dezembro/01/boletim-hiv_aids-2020-internet.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental - Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

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. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças** – Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Assistência Psiquiátrica em HIV/Aids / Programa Nacional de DST e Aids**. – 3. ed. rev. e ampl. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRITO, Ana Maria de Brito; CASTILHO, Euclides Ayres de; SZWARCOWALD, Célia Landmann. **AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada**. Brasil. Ciênc. saúde coletiva [online], vol.18, n.5, p. 1305- 1312, 2013

BRITO, Giselle Mary Ibiapina. **Prevalência da infecção pelo hiv em pessoas que vivem em situação de rua**. Dissertação. Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2019.

BROJAN, Lucas Eduardo Fedaracz; MARCA, Leticia Mara; DIAS, Frederico Alves; RATTMAMM, Yanna Dantas. **O uso de antirretrovirais por pessoas vivendo com HIV/AIDS e sua conformidade com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas**. Einstein (São Paulo) 18 • 2020 • https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO4995

- BROOKS, G. F.; BUTEL, J. S.; MORSE, S. A.; **Microbiologia Médica**, 21^oed., Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2000.
- CABRAL, Juliana da Rocha; et al. **Adesão à terapia antirretroviral e a associação no uso de álcool e substâncias psicoativas**. Recife, 2018. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.4.296651>
- CAMARGO, L.A.; CAPITÃO, C.G.; FILIPE, E. M. V. **Saúde mental, suporte familiar e adesão ao tratamento: associações no contexto HIV/Aids**. Psico-USF, v.19, n.2, 2014.
- CAMBIANO V; RODGER A. J; PHILLIPS A. N. 2011. **'Testar e tratar': o fim da epidemia de HIV?** Curr Opin Infect Dis **24** : 19–26. doi: 10.1097 / QCO.0b013e3283422c8c.
- CAMELO, Lidyane do Valle; SOUZ, Marina Celly Martins Ribeiro de; FREITAS, Maria Imaculada de Fátima; MELO, Ana Paula Souto; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland. **Percepções sobre o HIV/Aids e desigualdades em saúde entre pacientes psiquiátricos no Brasil**. Rev Med Minas Gerais 2013. [internet] ; (acesso em 2021 out 26); 23(4): 446-454
- CAMPOS, Lorenza Nogueira et al. **HIV, syphilis, and hepatitis B and C prevalence among patients with mental illness: a review of the literature**. Cadernos de saúde pública, v. 24, p. s607-s620, 2008.
- CARACIOLO, J. M. M. **Adesão aos antirretrovirais**. Em J. M. M. Caraciolo, & E. Shimma (Eds). *Adesão da teoria à prática: experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo*. (pp. 10-26) Centro de Referência e Treinamento DST e AIDS. São Paulo, SP, 2007.
- CARVALHO, Patrícia Paiva; BARROSO, Sabrina Martins; COELHO, Heloisa Correa; PENAFORTE, Fernanda Rodrigues de Oliveira; **Fatores associados à adesão à Terapia Antirretroviral em adultos: revisão integrativa de literatura**. Ciencia & saude coletiva, v. 24, p. 2543-2555, 2019
- CHARTIER, Maggie; MAIER, Marissa. **Engagement Along the HIV Care Continuum and the Potential Role of Mental Health and Substance Use Disorders**. 2015.
- CHAUDRHURLY, S.; BAKHLA A.; SAINI, R. **Prevalence, impact, and management of depression and anxiety in patients with HIV: a review**. Neurobehavioral HIV Medicine, v. 7, p. 15-30, 2016.
- COELHO, L. E. **Avaliação da incidência de doenças oportunistas na coorte de pacientes infectados pelo HIV em acompanhamento no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas \2013 IPEC/Fiocruz**. 2013. 66f. Dissertação (Mestrado em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas) - Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, RJ, 2013.
- COELHO, Ronaldo de Almeida. **Estudo da distribuição da subnotificação do HIV/aids no Brasil, 2012 a 2016**. Dissertação Mestrado em Medicina Tropical. - Brasília, 2019.
- COSTA, Juliana de Oliveira; CECCATO, Maria das Graças Braga; MELO, Ana Paula Souto; ACURCIO, Francisco de Assis, GUIMARÃES, Mark Drew Crosland. **Diferenças de gênero e polifarmácia psicotrópica em pacientes psiquiátricos no Brasil: uma análise transversal**

do Projeto PESSOAS Cad. Saúde Pública 33 (4) • 2017 • <https://doi.org/10.1590/0102-311X0016891>

DAGLI-HERNANDEZ C, LUCCHETTA RC, DE NADAI TR, GALDURÓZ JC, MASTROIANNI PC. **Self-perception of knowledge and adherence reflecting the effectiveness of antiretroviral therapy. Patient Prefer Adherence.** 2016; 10:1787-1793. Published 2016 Sep 13. doi:10.2147/PPA.S112108

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** Artmed Editora, 2018.

DAMOUS, Issa; ERLICH Hilana. **O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária.** Revista de saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2017.

DURVASULA, Ramani; MILLER, Theodore R. **Substance Abuse Treatment in Persons with HIV/AIDS: Challenges in Managing Triple Diagnosis.** Behav Med. 2014.

EDELMAN, E. Jennifer et al. **The next therapeutic challenge in HIV: polypharmacy.** Drugs & Aging, v. 30, n. 8, p. 613-628, 2013.

EISENSTEIN, E.; SOUZA, R. P. **Situações de risco à saúde de crianças e adolescentes: mensagens básicas e ações de prevenção para crianças e adolescentes de/na rua e comunidades.** Petrópolis, Vozes, 1993.

EL-BASSEL, Nabila; TERLIKBAEVA, Assel; PINKHAM, Sophie. **HIV and women who use drugs: double neglect, double risk.** The Lancet, v. 376, n. 9738, p. 312-314, 2010.

ELKINGTON, K.S., MCKINNON, K., MANN, C.G. Et al. **Perceived Mental Illness Stigma and HIV Risk Behaviors Among Adult Psychiatric Outpatients in Rio de Janeiro, Brazil.** Community Ment Health J 46, 56–64 (2010). <https://doi.org/10.1007/s10597-009-9209-4>

FERREIRA, F. P. M.; MACHADO, S. C. C. **Vidas privadas em espaços públicos: os moradores de rua em Belo Horizonte.** Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Editora Cortez, n. 90, ano XXVII, junho, 2007.

FIGUEIREDO, A.C. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório.** Rio de Janeiro, 1997 .

FORD, T; GOODMAN, R; MELTZER, H. **The relative importance of child, family, school and neighbourhood correlates of childhood psychiatric disorder.** Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2004 Jun;39(6):487-96. doi: 10.1007/s00127-004-0782-0. PMID: 15205734.

FORSTEIN, Marshall; CURNOS, Francine; DOUAIHY, Antoine; GOODKIN, Karl; WAINBERG Milton L.; WAPENYI, Khakasa H. **Guideline Watch for the Practice Guideline for the Treatment of Patients With HIV/AIDS.** Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2006. Disponível online em http://www.psych.org/psych_pract/

FREEMAN, M; NKOMO, N.; KAFAAR, Z.; KELLY K. **Factors associated with prevalence of mental disorder in people living with HIV/AIDS in South Africa** AIDS Care, 2007.

FREITAS, P., FERNANDES, A., & MORGADO, P. (2015). Depression in HIV-positive patients: The reality of a Portuguese hospital. *Scientia Medica*, 25(2). doi: 10.15448/1980-6108.2015.2.20469

FUKUMOTO, A. E. C. G. et al. **Evolution of patients with aids after cART:clinical and laboratory evolution of patients with aids after 48 weeks of antirretroviral treatment.** *Rev. Inst. Med Trop.*, v. 55(4), p. 267-273, 2013.

GALVÃO J.M.V; VIEIRA F.S; GALVÃO, J.V; COSTA, A.C.M. **Coinfecção em portadores de HIV/AIDS de um serviço de atendimento especializado do interior maranhense.** *Rev Fun Care Online*. 2019 jul/set; 11(4):1103-1110. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.1103-1110>

GEOCZE L, MUCCI S, MARCO MA, MARTINS LAN, CITERO VA. **Qualidade de vida e adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes portadores de HIV.** *Revista de Saúde Publica*. 2010;44(4):743–9.

GLASS T, CAVASSINI M. **Asking about adherence - from flipping the coin to strong evidence.** *Swiss Med Wkly* 2014;

GOLDBERG, D.; GOODYER. I. **The origins and course of common mental disorders.** New York: Routledge, 2005.

GOMES, Adriana da Silva. **Representações de pessoas com transtorno mental sobre infecções sexualmente transmissíveis e o HIV/Aids.** Belo Horizonte: 2010.

GOMES, R. R. F. M. et al. **Utilização dos registros de dispensação da farmácia como indicador da não-adesão à terapia anti-retroviral em indivíduos infectados pelo HIV.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(3), p.495-506, 2009.

GONZALEZ-TORRES M.A, et al. **Subtratamento do vírus da imunodeficiência humana em pacientes psiquiátricos internados: um estudo transversal de soroprevalência e fatores associados.** *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2015; 11: 1421-1426. Publicado em 11 de junho de 2015 doi: 10.2147 / NDT.S79939

GRINSZTEJN, B. **Estudo de coorte, prospectivo, multicêntrico, para avaliar o tratamento antirretroviral inicial em pacientes adultos com infecção pelo HIV.** Rio de Janeiro, RJ, 2011.

GUIMARÃES, M. D. et al. **Prevalence of HIV, syphilis, hepatitis B and C among adults with mental illness: a multicenter study in Brazil.** *Revista Brasileira Psiquiatria.*, São Paulo, SP, v. 31, n. 1, p.43-47, 2009

HEISTERKAMP, S. H; DE VRIES, R; SPRENGER, H. G; HUBBEN, G. A; POSTMA, M. J. **Estimation and prediction of the HIV-AIDS-epidemic under conditions of HAART using mixtures of incubation time distributions.** *Stat Med*. 2008 Mar 15;27(6):781-94. doi: 10.1002/sim.2974. PMID: 17597471.

HEMELAAR J, GOUWS E, GHYS PD, OSMANOV S. **Tendências globais em epidemiologia molecular do HIV-1 durante 2000–2007.** *Auxilia*. 2011; 25 : 679–689. DOI: 10.1097 / QAD.0b013e328342ff93.

HIMELHOCH S, BROWN CH, WALKUP J, et al. **HIV patients with psychiatric disorders are less likely to discontinue TARV AIDS.** 2009

HURT, C. B; NELSON, J. A. E; HIGHTOW-WEIDMAN, L. B; MILLER, W. C. **Selecionando um teste de HIV: uma revisão narrativa para médicos e pesquisadores.** *Sex Transm Dis*. 2017; 44 (12): 739-746. doi: 10.1097 / OLQ.0000000000000719

IKARIMOTO, Bruna Mitie; GONÇALVES, Márcia. **TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS EM PACIENTES PORTADORES DO HIV E AIDS.** *Journey of Psychiatry*. Vol.19 - Nº 5. 2014

IPEA. 20120. **Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil.** Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10074/1/NT_73_Disc_Estimativa%20da%20populacao%20em%20situacao%20de%20rua%20no%20Brasil.pdf

IRONSON, Jean Philippe; BALBIN, Elizabeth; KLIMAS, Nancy; SCHNEIDERMAN, Neil; SOLOMON George. **Psychosocial factors predict CD4 and viral load change in men and women with human immunodeficiency virus in the era of highly active antiretroviral treatment.** *Psychosom Med*. [internet] 2005; (acesso em 2021 out 26) 67(6):1013-21. doi: 10.1097/01.psy.0000188569. 58998.c8.

JONES, D. L. et al. **Efficacy of a Group Medication Adherence Intervention Among HIV Positive Women: The SMART/EST Women’s Project.** *AIDS Behav* v. 11, p.79–86, 2007.
KAGEE, A. et al. **The prevalence of common mental disorders among South Africans seeking HIV testing.** *AIDS and Behavior*, v. 21, n. 6, p. 1511-1517, 2017.

KARDER, Rehana; GOVENDER, Rajen; SEEDAT, Soraya; KOCH, John Randy; PARRY Charles. **Understanding the Impact of Hazardous and Harmful Use of Alcohol and/or Other Drugs on ARV Adherence and Disease Progression,** 2015.

KATON, W. J. **Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness.** *Dialogues in Clinical Neuroscience*, v. 13, n. 1, 2011

KESSLER, R. C., MCGONAGLE, K. A., ZHAO, S., NELSON, C. B., HUGHES, M., ESHLEMAN, S., WITTCHEN, H. U., & KENDLER, K. S. **Lifetime and 12-month prevalence of DSM III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Study.** *Archives of General Psychiatry*, 51, 8"/19, 1994.

KRAEPELIN, Emil. German Research Institute. *The Journal of Mental and Nervous Disease*, New York, v.56, n.2, p.207-213. 1922.

KRENTZ, Hartmut B.; GILL, M. John. **The impact of non-antiretroviral polypharmacy on the continuity of antiretroviral therapy (ART) among HIV patients.** *AIDS Patient Care and STDs*, v. 30, n. 1, p. 11-17, 2016.

LEME LOPES, José. Juliano Moreira. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, ano 13, n.1, p.3-19. 1964.

LEVI-MINZI Maria A.; SURRATT, Hilary L. **HIV Stigma Among Substance Abusing People Living with HIV/AIDS: Implications for HIV Treatment**. AIDS PATIENT CARE and STDs Volume 28, Number 8, 2014

LIMA. HMM. **Adesão ao tratamento do HIV/aids por pacientes com aids, tuberculose e usuários de drogas em São Paulo**. Tese (Doutorado em Epidemiologia). Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2006.

LUZIO, Cristina Amélia; L'ABBATE, Solange. **Atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica**. Ciênc. saúde coletiva 14 (1) • Fev 2009 • <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100016>

MAGIDSON, JF; BLASHILL, AJ; WALL, MM; BALAN, IC; WANG, S .; LEJUEZ, CW; BLANCO, C. **Relação entre transtornos psiquiátricos e doenças sexualmente transmissíveis em uma amostra nacionalmente representativa**. J. Psychosom. Res.2014, 76 (4), 322. <https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHORES.2013>.

MALBERGIER, André; ANDRADE, Arthur Guerra de. **Transtornos depressivos em usuários de drogas injetáveis infectados pelo HIV: um estudo controlado**. Brazilian Journal of Psychiatry [online]. 1999, v. 21, n. 4 [Acessado 22 Novembro 2021] , pp. 217-224. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000400010>>.

MANAVI, K. **A review on infection with human immunodeficiency virus. Best practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology**, 20: 923-940, 2006.

MANGAL, T.D; MEIRELES, M. V; PASCOS, A. R. P; ALMEIDA- COELHO, R; BENZAKEN, A. S; HALLETT, T. B. **Determinants of survival of people living with HIV/AIDS on antiretroviral therapy in Brazil 2006-2015**. BMC Infect Dis. 2019 Feb 28;19(1):206. doi: 10.1186/s12879-019-3844-3. PMID: 30819120; PMCID: PMC6396460.

MARAGNO, L. *et al.* **Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (Qualis) no Município de São Paulo, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n.8, p.1639-1648, ago. 2006

MCKINNON, K., COURNOS, F., SUGDEN, R., GUIDO, J. R., & HERMAN, R. **The relative contributions of psychiatric symptoms and AIDS knowledge to HIV risk behaviors among people with severe mental illness**. Journal of Clinical Psychiatry, 1996.
MCQUILLAN, G. M., KHARE, M., KARON, J. M., SCHABLE, C. A., & VLAHOV, D. Update on the seroepidemiology of human immunodeficiency virus in the United States household population: NHANES III, 1988"/1994. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology, 14, 355"/360, 1997.

MEADE, Christina S; SIKKEMA, Kathleen J. **HIV risk behavior among adults with severe mental illness: A systematic review**, Clinical Psychology Review, Volume 25, Issue 4, 2005, <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.02.001>.

- MEDEIROS, L.B. et al. **Integração entre serviços de saúde no cuidado às pessoas vivendo com aids: uma abordagem utilizando árvore de decisão.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 2, p.543-552, 2016
- MELLO, Caren Julianne Filgueiras de Assis Mello; AMARAL, Joyce Cristina Silva do; COSTA, Marcela da Silva; CAVALCANTE, Maria de Nazaré Miranda; RÊGO, Natássia Maia de Sá; SILVA, Lilianny Mara Rodrigues da; AMARAL, Raquel Rodrigues do Amaral. **Terapia Antirretroviral: principais causas de abandono no estado do Amapá.** *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. Vol.12, 2020. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e3423>
- MELO, A. P. S. *et al.* **Avaliação de serviços de saúde mental: assistência e prevenção às**
- MIELKE FB, OLSHOWSKY A. **Actions of mental health in family health strategy and the health technologies.** *Rev Esc Anna Nery*. 2011.
- MIRANDA L.O; ARAUJO, G. B. F; CARVALHO, M. L; SILVA, S. M. F; ANDRADE, D. F. R; MOREIRA, A.M. et al. **Aspectos epidemiológicos da coinfeção Tuberculose/HIV no Brasil: revisão integrativa.** *Rev Pre Infec e Saúde*.2017.
- MIRANDA, Christiane Albuquerque; TARASCONI, Carla Ventura; SCORTEGAGNA, Silvana Alba. **Estudo epidêmico dos transtornos mentais.** *Avaliação Psicológica*, v. 7, n. 2, p. 249-257, 2008.
- MOLASSIOTIS A, CALLAGHAN P, TWINN SF, LAM SW, CHUNG WY, LI CK. **A pilot study of the effects of cognitive-behavioral group therapy and peer support/counseling in decreasing psychologic distress and improving quality of life in Chinese patients with symptomatic HIV disease.** *AIDS Patient Care STDS* 2002; 16(2):83-96.
- MOORE, D. J. et al. **HIV-infected individuals with co-occurring bipolar disorder evidence poor antiretroviral and psychiatric medication adherence.** *AIDS and Behavior*, v. 16, n. 8, p. 2257–2266, 2012.
- MORAES, M.J. DE, OLIVEIRA, A.C.P. DE, & TOSTES, M. DE A. AIDS e psiquiatria. Em: Botega, N.J. (Org.) (Ed.). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência** (pp. 373-394). Porto Alegre , 2006.
- MOUSSAVI, S. et al. **Depression, chronic diseases and decrements in health: results from the World Health Surveys.** *Lancet*, 2007.
- MURRAY, Christopher JL et al. **Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010.** *The Lancet*, v. 380, n. 9859, p. 2197-2223, 2012.
- NAGATA, Delsa. **Análise do perfil dos pacientes HIV/aids que faltam às consultas agendadas de infectologia no Serviço de Extensão ao Atendimento de Pacientes HIV/Aids da Divisão de Moléstias Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Dissertação.** São Paulo, 2013. 10.11606/D.5.2013.tde-26092013-151801

NEDELCOVYCH; Michael T.; MANNING, Arena A; SEMENOVA, Svetlana; GAMALDO, Charlene; HAUGHEY, Norman J; SLUSHER Barbara S. **The Psychiatric Impact of HIV**. ACS Chem. Neurosci. 2017. DOI: 10.1021/acscchemneuro.7b00169

NOGUEIRA, Luciana Fidalgo Ramos; PELLEGRINOL, Pollyanna; DUARTE Adriana de Sousa; INOUEL, Silvia Regina Viodres; MARQUEZE, Elaine Cristina. **Transtornos Mentais Comuns estão associados a maior carga viral em Pessoas Vivendo com HIV**. Rio de Janeiro, V. 43, N. 121, P. 464-476, ABR-JUN, 2019. DOI: 10.1590/0103-1104201912114

OLIVEIRA Lúcio Garcia de; NAPPO, Solange Aparecida. **Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado**. Rev Saúde Pública 2008;42(4):664-71

OLIVEIRA, Ana Flavia; PONCE, Maria Amélia Zanon; OLIVEIRA, Sônia Aparecida da Cruz de; WERNECK, Alexandre Lins. **Motivos associados ao atraso para o início do tratamento de HIV/aids**. Ribeirão Preto, 2019. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i05a238775p1370-1379-2019>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de TM e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **A saúde mental pelo prisma da saúde pública. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: OPAS/OMS, 2001.

OWE-LARSSON B, SÄLL L, SALAMON E, ALLGULANDER C. **HIV infection and psychiatric illness**. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*. 2009 May;12(2):115-28. DOI: 10.4314/ajpsy.v12i2.43729. PMID: 19582313.

PAES, Paulo Cesar Duarte, ORLANDO, Thatyanne Sanches. **Escola de Redução de Danos na fronteira do Brasil com o Paraguai**. Campo Grande, 2013.

PAES, Paulo Duarte. **Usuários de pasta-base em Grande Campo: condições de saúde e cuidados no Sistema Único De Saúde**. Revista Analisis. ISSN 0123-6814 N.º 7, Campo Grande, 2008.

PAREKH, Bharat S; et al. **“Diagnosis of Human Immunodeficiency Virus Infection.”** *Clinical microbiology reviews* vol. 32,1 e00064-18. 28 de novembro de 2018, doi: 10.1128 / CMR.00064-18

PATEL, V.; KLEINMAN, A. **Poverty and common mental disorders in developing countries**. Bulletin of world health Organization, Geneve, v. 81, n. 8, p.609-615, 2003

PELISOLI, C.L; MOREIRA, A. K. **Caracterização epidemiológica dos usuários do CAPS Casa Aberta**. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2005;27(3):270-77. DOI: 10.1590/S0101-81082005000300006

PELTON M, et al. *Psiquiatria Geral* 2021;34: e100247. doi: 10.1136 / gpsych-2020-100247
PEPFAR. **A epidemia está sendo controlada em vários países africanos importantes**. Washington, D. C. 2017.
DOI: www.pepfar.gov/documents/organization/264882.pdf.

POLANCZYK, Guilherme V. et al. **Revisão anual de pesquisa: uma meta-análise da prevalência mundial de transtornos mentais em crianças e adolescentes.** *Jornal de psicologia infantil e psiquiatria*, v. 56, n. 3, pág. 345-365, 2015.

QUINN, T.C., OVERBAUGH J. **HIV/AIDS in women: an expanding epidemic.** *Science*. 2005 Jun 10;308(5728):1582-3.

RABKIN, JG **HIV e depressão: revisão e atualização de 2008.** *Curr HIV/AIDS Rep* 5, 163–171, 2008. <https://doi.org/10.1007/s11904-008-0025-1>

REIS, Ana Catarina; LENCASTRE, Leonor; GUERRA, Marina Prista; REMOR, Eduardo. **Relationship among psychopathological symptoms, treatment adherence and quality of life in HIV/AIDS infection.** *Psicol. Reflex. Crit.* 23 (3) • 2010 • <https://doi.org/10.1590/S0102-79722010000300002>

REIS, Renata Karina; MELO, Elizabete Santos; CASTRIGHINI, Carolina de Castro; GALVÃO, Marli Terezinha Gimenez; TOFFANO-MALAGUTI, Silmara Elaine; GIR Elucir **Prevalência e fatores associados com sintomas depressivos em pessoas que vivem com HIV / AIDS.** *Revista de saúde Mental*, Vol. 40, No. 2, 2017

REMOR, E; MILNER-MOSKOVICS, J; PREUSSLER, G. **Adaptação brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral”** *Rev Saúde Pública* 2007;41(5):685-94

RIGHETTO, Rosângela, REIS, Renata Karina, FLECK REINATO, Lílian Andreia, GIR, Elucir **Comorbidades e coinfeções em pessoas vivendo com HIV / Aids.** *Revista Rene*. 2014, 15 (6), 942-948 [fecha de Consulta 27 de Octubre de 2021]. ISSN: 1517-3852. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324041233006>

RINALDI, D. **Entre o sujeito e o cidadão: psicanálise ou psicoterapia no campo da saúde mental?** In: ALBERTI, S.; FIGUEIREDO, A.C. (Orgs.). *Psicanálise e saúde mental: uma aposta.* Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

RODRÍGUEZ, Carlos Magis; MARQUES, Luiz Fernando; TOUZÉ, Graciela. **HIV and injection drug use in Latin America.** *Aids*, v. 16, p. S34-S41, 2002.

ROSSI, Cintia Cristina Silva; TUCCI, Adriana Marcassa. **Acesso ao tratamento para dependentes de crack em situação de rua** *Psicol. Soc.* 32 • 2020 • <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v3217016>

SANTOS FB, SEIDL EMF. **Caracterização de pessoas com HIV/AIDS em abandono do tratamento antirretroviral e a busca consentida de casos.** *Brasília Med* 2011;48(3):268-276
SANTOS WM, SECOLI SR, PADOIN SMM. **Potential drug interactions in patients given antiretroviral therapy.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016.

SANTOS, O. C. **A invenção de uma epidemia: AIDS, Direitos Humanos e os grupos mais atingidos.** 2015. 125 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, São Paulo, 2015. Disponível em: . Acesso em: 6 set. 2018.

- SARI, L. et al. **A review of HIV antiretroviral adherence and intervention studies among HIV-infected youth.** *Tropics in HIV Medicine*, San Francisco, v. 17, n. 1, p. 14-25, 2009.
- SCHEIER, FR; SIRIS, SGA. **Review of psychoactive substance use and abuse in schizophrenia: patterns of drugs choice.** *J. Nerv. Mental Disorders*, 1987.
- SCHILKOWSKY, L.B.;PORTELA, M.C.; SA, M.C. **Fatores associados ao abandono de acompanhamento ambulatorial em um serviço de assistência especializada em HIV/Aids na cidade do Rio de Janeiro.** *Rev. bras. epidemiol.*,v . 14, n. 2, p. 187-197, 2011.
- SCHINNAR, A.P; ROTHBARD, A.B; KANTER, R; JUNG, Y.S. **An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness.** *Am J Psychiatry*. 1990;147(12):1602-8.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE. Resolução nº 614, de 7 de julho de 2021 que dispõe sobre as **Unidades Dispensadoras de Medicamentos no Município de Campo Grande**, 2021. Disponível em <https://diogrande.campogrande.ms.gov.br/>
- SEGERSTROM, Suzanne C. **Optimism and immunity: Do positive thoughts always lead to positive effects** *Brain, Behavior, and Immunity*, Volume 19, Issue 3, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2004.08.003>.
- SILVA, Dilma Ferreira; DE SANTANA, Paulo Roberto. **Transtornos mentais e pobreza no Brasil: uma revisão sistemática.** *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 6, n. 4, p. ág. 175-185, 2012.
- SILVA, P. In: **Farmacologia**, 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
- SIMMONDS S, COID J, JOSEPH P, MARRIOT S, TYRER P. **Community mental health team management in severe illness: a systematic review.** *Br J Psychiatry*. 2001;178: 497-502
- SPRINGER, S.A.; DUSHAJ, A.; AZAR, M.M. **The impact of DSM-IV mental disorders on adherence to combination antiretroviral therapy among adult persons living with HIV/AIDS: a systematic review.** *AIDS Behav*. 2012
- STERNHELL, P. S; CORR, M.J. **Morbidade psiquiátrica e adesão à medicação antirretroviral em pacientes com HIV / AIDS .***Aust NZJ Psychiatry* 2002. DOI <https://doi.org/10.1046%2Fj.1440-1614.2002.00999>
- STOSKOPF, C. H., KIM, Y. K., & GLOVER, S. H. **Dual diagnosis: HIV and mental illness, a population-based study.** *Community Mental Health Journal*, 2001.
- SZWARCWALD, C. L; PASCOM, A.R.P; SOUZA, P. R. **Estimation of the HIV incidence and of the number of people living with HIV/AIDS in Brazil**, 2012. *J AIDS Clin Res*. 2015;6(3):430. <http://dx.doi.org/10.4172/2155-6113.1000430>
- TADEGE, Melaku. **Predictors associated with HIV/AIDS patients dropout from antiretroviral therapy at Mettu Karl Hospital, southwest Ethiopia.** *BMC Research Notes*, v. 12, n. 1, p. 1-7, 2019.

TAKARINDA, Kudakwashe C. et al. **Gender-related differences in outcomes and attrition on antiretroviral treatment among an HIV-infected patient cohort in Zimbabwe: 2007–2010.** *International Journal of Infectious Diseases*, v. 30, p. 98-105, 2015.

TEGGER MK, CRANE HM, TAPIA KA, ULDALL KK, HOLTE SE, KITAHATA MM. **The effect of mental illness, substance use, and treatment for depression on the initiation of highly active antiretroviral therapy among HIV-infected individuals.** *AIDS Patient Care STDS*. 2008.

TRONCOSO, Flávio Trentin **Estudo da prevalência de alterações neurocognitivas e transtorno depressivo em população soropositiva para HIV em Marília** Dissertação Dissertação Faculdade de Medicina de Marília.- 2013.

TUFANO, Claudia Siqueira 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, p. 179-186, 2014.

TUNALA, Leticia Gaspar. **Fontes cotidianas de estresse entre mulheres portadoras de HIV.** *Revista de Saúde Pública* [online]. 2002, v. 36, n. 4 suppl [Acessado 30 Novembro 2021], pp. 24-31. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102002000500005>>.

TURNER, B. J. et al. **Effects of drugs abuse and mental disorders on use and type of antiretroviral therapy in HIV- infection person.** *J. gen. intern. med.*, Philadelphia, v. 16, n. 9, p. 625-633, 2001.

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS). **Global AIDS UpDate. Seizing the moment Geneva. Tackling entrenched inequalities to end epidemics.** Geneva: UNAIDS, 2021. [citado em 14 de julho 2021]. Disponível em URL: https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2021/june/20210603_global-commitments-local-action

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report 2017.** United Nations Publication [acesso em 2018 set 13]. Disponível em: <https://doi.org/10.18356/c595e10f-en> <https://doi.org/10.18356/c595e10f-en>

VEIGA, Jaisson Bernardo da Silva. Dissertação: **Avaliação de características psicológicas e adesão ao TARV de pessoas com HIV/aids.** Universidade Federal do Amazonas, 2020.

VIANA, M.C; ANDRADE, L.H. **Lifetime prevalence, age and gender distribution and age-of-onset of psychiatric disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey.** *Braz J Psychiatry* 2012; 34:249-60.

VIGO, D; THORNICROFT, G; ATUN, R. **Estimating the true global burden of mental illness.** *Lancet Psychiatry* 2016; 3:171-8.

WAINBERG ML, MCKINNON K., ELKINGTON KS, *et al.* **Comportamentos de risco para HIV entre pacientes ambulatoriais com doença mental grave no Rio de Janeiro, Brasil.** *World Psychiatry* . 2008; 7 (3): 166-172. doi: 10.1002 / j.2051-5545.2008.tb00190.x

WALKUP JT, SAMBAMOORTHY U, CRYSTAL S: **Uso de novos tratamentos antirretrovirais entre beneficiários do Medicaid infectados com HIV com doenças mentais graves.** J Clin Psychiatry 2004.

WERLE, Josiel Elisandro; TESTON, Elen Ferraz; MARCON Sonia Silva; CUNHA, Gilmar Holanda da; MANDU, Juliete Bispo dos Santos; FERREIRA, Marcos Antônio. **HIV/aids em região de tríplice fronteira: subsídios para reflexões sobre políticas públicas.** Esc. Anna. Nery 25 (3), 2021. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0320>

WILLIAMS, Emily C. et al. **Alcohol use and antiretroviral adherence among patients living with HIV: is change in alcohol use associated with change in adherence?.** AIDS and Behavior, v. 25, n. 1, p. 203-214, 2021.

World Health Organization. **Depression and other common mental disorders: Global health estimates.** Geneva: WHO; 2017 [acesso em 2021 set 13]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1>

YI, Siyan et al. **AIDS-related stigma and mental disorders among people living with HIV: a cross-sectional study in Cambodia.** PloS One, v. 10, n. 3, p. e0121461, 2015.

ANEXO I

Durante a última semana

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

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
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?					

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
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?					

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?] _____

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

	SIM	NÃO
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?] _____		
20. Utiliza alguma estratégia para lembrar-se de tomar a medicação? Qual? _____		