

MANUAL PARA ATENÇÃO E MANEJO INTEGRAL DE USUÁRIOS DE DROGAS VIVENDO COM HIV/AIDS NA AMÉRICA LATINA E CARIBE



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**



*Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde*

MANUAL PARA ATENÇÃO E MANEJO INTEGRAL DE USUÁRIOS DE DROGAS VIVENDO COM HIV/AIDS NA AMÉRICA LATINA E CARIBE



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**



*Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde*

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington D.C. 20037

www.paho.org

Biblioteca Sede OPAS – Catalogação-na-fonte

Organização Pan-Americana da Saúde
Guia para atenção e manejo integral de usuários de drogas vivendo com HIV/AIDS na América Latina e Caribe.
Washington, D.C.: OPAS, © 2006.

ISBN 92 75 32675 0

I. Título

1. DROGAS ILÍCITAS
 2. TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS
 3. SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA
 4. INFECÇÕES OPORTUNISTAS RELACIONADAS COM A AIDS
- NLM WM 270

© Organização Pan-Americana da Saúde

A Organização Pan-Americana da Saúde irá considerar de modo muito favorável as solicitações de autorização para reproduzir ou traduzir, integralmente ou em parte, esta publicação. As solicitações deverão ser encaminhadas à Área de Tecnologia e Serviços da Saúde, Unidade Técnica da Saúde Mental, Programas Especializados, Álcool e Abuso de Substâncias.

Pan American Health Organization
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C., 20037

As denominações usadas nesta publicação e o modo de apresentação dos dados não fazem pressupor, por parte da Secretaria da Organização Pan-Americana da Saúde, juízo algum sobre a consideração jurídica de nenhum dos países, territórios, cidades ou áreas citados ou de suas autoridades, nem a respeito da delimitação de suas fronteiras.

A menção de determinadas sociedades comerciais ou nome comercial de certos produtos não implica a aprovação ou recomendação por parte da Organização Pan-Americana da Saúde com preferência a outros análogos.

AGRADECIMENTOS	V
INTRODUÇÃO	1
Usuários de drogas vivendo com HIV/AIDS	1
Questões éticas	2
Risco e vulnerabilidade	3
Tratamento da AIDS	3
A questão da saúde mental	5
CAPÍTULO I - ADESÃO À TERAPIA ANTIRETROVIRAL (ARV) ENTRE PACIENTES HIV+ USUÁRIOS DE DROGAS	7
Introdução: o conceito de adesão	7
Um certo grau de não-adesão é universal	7
Fatores relacionados à facilitação da adesão	8
Fatores relacionados à efetividade das intervenções	9
Programas integrados	9
Fatores de risco para não-adesão	9
Possíveis conseqüências da baixa adesão	10
Medidas de adesão	11
O serviço de saúde	12
Os pacientes precisam ser apoiados, não culpabilizados	12
Redução de danos	13
CAPÍTULO II - CO-INFECÇÕES MAIS PREVALENTES ENTRE HIV+ USUÁRIOS DE DROGAS	15
Co-infecção HIV/tuberculose	15
Hepatites	15
Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST	17
CAPÍTULO III - SAÚDE MENTAL DEPENDÊNCIA DE DROGAS E HIV/AIDS	19
Avaliação e diagnóstico de transtornos mentais	19
Critérios diagnósticos para <i>uso nocivo</i> de substância psicoativa	19
O conceito de dependência	20
Síndrome de abstinência por substâncias psicoativas	21
Transtornos mentais mais freqüentes em pacientes HIV+	21
Transtornos mentais associados com HIV/AIDS	22

CAPÍTULO IV - PRINCÍPIOS PARA OS SERVIÇOS QUE ATENDEM	
USUÁRIOS DE DROGAS COM HIV25
Políticas de Saúde Coletiva: o papel dos serviços25
Políticas de atenção a usuários de álcool e outras drogas26
CONCLUSÃO31
BIBLIOGRAFIA33

AGRADECIMENTOS

Este guia foi escrito por Mônica Malta, Francisco Inácio Bastos e Helena Lima, com a colaboração de Maristela G Monteiro e Maria José Bravo. O manuscrito foi revisado por Louis Glicksman, Raquel Magri, Ana Lia Kornblit, Waleska Teixeira Caiaffa, Mariano Montenegro, Inés Elvira Mejía, Jordi Casabona, Miguel Casas Brugué, Laura Rios, Laura Krech, Ricardo Camacho, Carlos Magis, Leonardo Costa, María Luz Osimani, Mercedes Weissembacher, Rafael Mazín, Marcelo Vila, Marcelo Cruz e Flavio Pechansky.

A OPAS agradece ao apoio financeiro do Ministério da Saúde e Consumo da Espanha e Agência Espanhola de Cooperação Internacional para a preparação e confecção do mesmo.

Este Manual foi produzido através da colaboração entre as unidades de HIV/AIDS e Álcool e Abuso de Substâncias da Organização Pan-americana da Saúde.

Abril, 2006.

INTRODUÇÃO

Este Manual tem por objetivo apresentar aos profissionais de saúde da América Latina e Caribe algumas diretrizes e sugestões para trabalhos com pacientes HIV positivos ou com AIDS, que sejam usuários de drogas. Inclui uma fundamentação teórica para a abordagem de redução de danos, articulando o tratamento da AIDS às questões de saúde mental, em particular, o fenômeno da dependência de substâncias psicoativas. Também apresenta informações sucintas sobre as co-infecções mais comuns em pacientes com AIDS, como tuberculose, hepatites e doenças (infecções) sexualmente transmissíveis.

O objetivo principal é educar os profissionais de saúde, médicos e não-médicos sobre as principais questões contemporâneas no manejo dos usuários de drogas com HIV/AIDS e os serviços públicos de saúde necessários para atender este grupo vulnerável.

Pacientes usuários de drogas despertam, em geral, reações negativas nas equipes de saúde, que tendem a desqualificá-los moralmente e oferecer serviços com qualidade inferior ao que prestariam a um não usuário.

É hora de ampliar os horizontes e proporcionar atendimento integral, humanizado e do mais alto nível possível para todos os tipos de pacientes.

Usuários de drogas vivendo com HIV/AIDS

O paciente com HIV/AIDS que é usuário de drogas apresenta as mesmas angústias e temores que outros pacientes não-usuários de drogas: gravidade das infecções oportunistas, possibilidade de controle ou não, aparência pessoal, destino das relações interpessoais e profissionais, entre outras.

Em termos gerais, em função do tipo de droga utilizada, quantidade e tempo de uso, o organismo pode estar mais debilitado que o dos não-usuários, com reflexos na terapêutica e na rotina de seu tratamento. É fundamental que o profissional de saúde esteja atento para permitir ao usuário falar sobre sua condição sem ser julgado ou punido pela mesma – e nesse sentido, a capacitação na estratégia de redução de danos¹ é muito importante, trazendo uma nova opção ao profissional. Quando o profissional faz a exigência de abstinência imediata do uso da droga em contraposição a iniciar a terapia antiretroviral, se o paciente estiver assintomático ou com poucos sintomas, este, mais provavelmente, abandonará a terapia e não a droga (Brasil, 2000).

¹ A redução de danos é qualquer programa ou política visando reduzir o dano relacionado ao uso de drogas sem requerer abstinência ou redução do uso. As intervenções podem ser dirigidas ao indivíduo, à família, comunidade ou sociedade.

Fonte: http://www.camh.net/public_policy/harmreductionposition.html

Quando o paciente não consegue ou não quer parar de usar drogas, muitas vezes o profissional de saúde responsável sente-se frustrado e angustiado, traduzindo esses sentimentos em rejeição e impaciência. Nem sempre existem serviços disponíveis para atendimento à dependência de drogas, tampouco atualização consistente e permanente dos profissionais quanto aos reais malefícios das interações medicamentosas-substâncias psicoativas. A quase inexistência de programas preventivos e terapêuticos adequados às necessidades de pessoas que usam drogas (UDs), que não sejam exclusivamente voltados para a abstinência, acaba favorecendo a disseminação do HIV e outros patógenos de transmissão sexual e sanguínea, pois UD+ HIV+ que não se adaptam a serviços de tratamento exclusivamente voltados para a abstinência tenderão a abandonar este tratamento e, ao não receber aconselhamentos e intervenções adequadas, poderão voltar a adotar comportamentos menos seguros (ex: sexo desprotegido, compartilhamento de seringas).

Estes pacientes também têm, com frequência, dificuldades em acessar e aderir aos serviços de saúde, e em muitos casos, ao utilizá-los, não obtêm o retorno à altura da complexidade dos seus casos clínicos.

Neste guia, a perspectiva de redução de danos, ampliada para além do trabalho de disponibilização de insumos para usuários de drogas injetáveis, é ferramenta útil e importante para acessá-los e facilitar seu vínculo com os serviços públicos. Além disso, viabiliza a formação de uma rede social capaz de auxiliar para que, de fato, o paciente consiga apropriar-se de sua real condição e desenvolver um plano de tratamento eficaz – auxiliando a si mesmo e permitindo que os indicadores de saúde melhorem.

Questões Éticas

A normatização das questões éticas tem como base o princípio da *não-maleficência*, onde condutas do profissional e equipe são monitoradas de modo a garantir e assegurar a confidencialidade, o anonimato e a não-retaliação ao paciente em relação a seu tratamento.

A primeira questão é garantir a **confidencialidade**: tanto o usuário de drogas ilícitas quanto o paciente HIV+ não querem ter seus diagnósticos difundidos, uma vez que podem ser estigmatizados. Diversos estudos apontam que o estigma – tanto relacionado ao status HIV-positivo quanto ao consumo de drogas – pode representar uma importante barreira para a identificação e tratamento desta população (Vlahov and Celentano, 2006; McKinney & Marconi, 2002; Cohn, 2002; Celentano *et al.*, 2001; Knowlton *et al.*, 2001). O estabelecimento de normas claras de conduta acerca do sigilo e privacidade pode reduzir a hesitação do paciente em procurar atendimento e/ou revelar seu status relacionado ao HIV e/ou à dependência química.

Outro aspecto ético a ser considerado é o **respeito às questões culturais**, que contribui para o estabelecimento de relações de confiança entre paciente e profissional de saúde, e auxilia no aumento da auto-estima e valorização do contexto de vida do paciente, sendo determinante para sua adesão ao tratamento.

Finalmente, o **respeito ao paciente** – em todos os níveis, desde o sorológico até o social mais amplo – com o objetivo de aprimorar práticas, visando ao aumento da adesão, garantia de cidadania e melhor qualidade de vida. Estes são verdadeiros desafios, já que se trata de uma clientela frequentemente estigmatizada. Assim sendo, normas rigorosas e acompanhamento constante por parte dos financiadores e gestores são recomendados. O respeito inclui e pressupõe uma *escuta qualificada*, sem julgamentos morais e com objetivos claros de cuidar da saúde do paciente, da melhor maneira possível.

Risco e vulnerabilidade

Os conceitos de *vulnerabilidade e situação de risco* são compreendidos como resultados de um processo gradual, decorrente da acentuação das condições inadequadas nas quais as pessoas vivem nos países da região e impedindo que as mesmas reajam satisfatoriamente frente a situações de crise ou adversidade, incorporando mais facilmente a influência negativa do meio.

Os comportamentos mais vulneráveis (tais como sexo de risco, tráfico de drogas, moradia irregular) estão presentes no estilo de vida de muitos usuários de drogas, particularmente cocaína (independente do modo ou forma usada, seja ela aspirada, inalada ou injetada).

Os usuários de drogas injetáveis, principalmente da cocaína na América Latina, correm riscos adicionais frente ao HIV/AIDS e demais infecções, transmissíveis sexualmente ou através do sangue, pois apresentam um padrão de uso de drogas que com frequência envolve a utilização de água contaminada (por exemplo, água de sarjeta ou equivalente) para diluir a droga, aplicando-se injeções várias vezes no mesmo dia (padrão chamado "*binges*"); compartilhando e reutilizando agulhas e seringas.

A interação entre os riscos associados à atividade sexual e o uso de drogas coloca estes usuários numa condição mais vulnerável frente ao HIV/AIDS e demais infecções, sendo o *tratamento* um desafio ainda maior para os profissionais da saúde.

Tratamento da AIDS

A abordagem clínica da infecção pelo HIV e suas complicações é bastante complexa. Com o advento da terapia antiretroviral potente, as manifestações clínicas da infecção pelo HIV tornaram-se menos frequentes e houve melhora substancial no prognóstico e qualidade de vida dos indivíduos infectados (Brasil, 2004).

A assistência e o tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS vem exigindo do profissional de saúde:

- atualização constante;
- aplicação cotidiana de princípios de cuidado primário, medicina de família e abordagem de doenças crônicas;
- conhecimento básico visando ao manejo das complicações associadas à infecção por HIV.

A resistência viral, a toxicidade das drogas, a intensidade dos efeitos colaterais e a necessidade de alta adesão ao tratamento permanecem como importantes barreiras ao sucesso a longo prazo da terapia.

Objetivo da terapia ARV (antiretroviral): retardar a progressão da imunodeficiência² e/ou restaurar, tanto quanto possível, a imunidade, aumentando o tempo e a qualidade de vida da pessoa infectada.

2 Imunodeficiência provocada pelo HIV: intensa e contínua replicação viral em diversos compartimentos celulares e anatómicos, que resulta na destruição, disfunção de linfócitos T que expressam o antígeno da membrana CD4 (linfócitos TCD4+) e de outras células do sistema imune. Essa depleção progressiva leva à imunodeficiência, que em sua forma mais grave manifesta-se pelo surgimento de infecções oportunistas e neoplasias que caracterizam a síndrome. Assim, a supressão máxima e contínua da replicação viral é desejável para reduzir ou reverter o dano imunológico. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Recomendações para Terapia anti-retroviral em Adultos e Adolescentes infectados pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Quando iniciar o tratamento ARV

Em primeiro lugar é importante salientar que, a princípio, não existe motivo algum para negar ao usuário de drogas o acesso ao tratamento antiretroviral baseado apenas no seu consumo ou dependência de drogas. A decisão do profissional da saúde deve basear-se na avaliação objetiva do paciente, sua motivação em iniciar e seguir o tratamento antiretroviral de forma adequada, tal como se avaliam todos os demais pacientes HIV positivos. A opinião pessoal ou julgamentos morais sobre o uso ou dependência de drogas não devem interferir na decisão final de prover ou negar tratamento a estes pacientes.

Essa é uma das decisões mais importantes no acompanhamento da pessoa com HIV, para evitar transtornos e falhas terapêuticas³. A terapia antiretroviral em indivíduos com infecção estabelecida pelo HIV não constitui uma emergência e não deve ser iniciada antes que as devidas avaliações clínica e laboratorial sejam realizadas para determinar o grau de imunodeficiência já existente e o risco de progressão.

A falha terapêutica, principalmente por resistência às drogas, é fenômeno esperado e um número crescente de pacientes inicia o tratamento com opções muito limitadas no que diz respeito à variedade de medicamentos ARV que poderiam utilizar.

Efeitos colaterais são cada vez mais frequentes e intensos, e muitas vezes responsáveis pela interrupção parcial ou total do tratamento, e incluem: neuropatias, hepatotoxicidade, pancreatite, lipodistrofia, diabetes, dislipidemia, osteoporose e acidemia láctica, entre outros.

Outros fatores, considerando sempre a contagem de linfócitos T-CD4+ como o principal marcador prognóstico, precisam ser considerados no contexto da decisão sobre o início da terapia: quantificação da carga viral plasmática (não deve, em circunstância alguma, ser verificada antes de quatro semanas após a resolução de qualquer infecção intercorrente ou vacinação); a velocidade de queda da contagem de linfócitos T-CD4+; presença de co-morbidades.

Muitas vezes o usuário de drogas tem dificuldade com rotinas e se esquece de tomar os comprimidos, ou abre mão da medicação para usar drogas. Estas situações devem ser discutidas com o paciente, para que sejam minimizadas. Nem todas as drogas apresentam interações adversas com a terapia antiretroviral e, quando o paciente sente que está participando do processo de tratamento de modo autêntico, sua adesão melhora e não apenas aos remédios, compreendendo a adesão ao serviço, à instituição e à equipe de saúde que cuida dele.

Necessidades dos usuários de drogas

O paciente usuário de drogas apresenta uma fragilidade especial, no contexto de sua condição: o medo de realizar exames, a “urgência” em ser atendido, uma frequente impaciência em aguardar seu atendimento nas salas de espera e a dificuldade em relatar com clareza os fatos numa seqüência cronológica linear. A escuta do paciente usuário de drogas requer do profissional que o está atendendo uma atenção e paciência adicio-

³ **Falha terapêutica primária:** estima-se que 10 a 20% dos pacientes que iniciam o tratamento não conseguem suprimir a viremia de forma satisfatória após alguns meses de terapia. **Falha terapêutica secundária:** cerca de 20 a 50% dos pacientes que apresentam boa resposta inicial apresentarão falha terapêutica após um ano de tratamento.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Recomendações para Terapia Antiretroviral em Adultos e Adolescentes infectados pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

nal, considerando-se que sua temporalidade e sua espacialidade estão geralmente alteradas. Isso significa que já se espera do paciente usuário de drogas uma certa inquietação, que pode ser controlada com o esclarecimento sobre os fluxos habituais da instituição, os procedimentos passo a passo, auxiliando-o a se reorganizar no tempo e no espaço.

Caso o profissional considere impraticável atender os pacientes que estão sob efeito de drogas, por limites pessoais ou técnicos, é importante que transfira o atendimento para outro profissional melhor preparado – mas sempre que possível não deixar de realizar o atendimento. Com frequência, a qualidade do primeiro atendimento pode influenciar o sucesso de todo um tratamento.

Dentre as necessidades específicas dos usuários de drogas, as mais frequentes e importantes são:

1. Necessidade de aceitação de sua condição de usuário: ou seja, se ele estiver em condições inadequadas de higiene e raciocínio, que ele não seja imediatamente rejeitado. Que o profissional tenha sensibilidade e consiga escutá-lo, permitindo sua presença e atendimento, mesmo com suas limitações. Isso não significa condescendência ou perda de limite, ao contrário: a aceitação autêntica traz implícito o *limite*, questão central nos aspectos psíquicos da dependência ao uso de drogas. Encaminhamentos internos com clareza e explicação da rotina: muitas vezes o usuário pode se sentir perseguido e imaginar que determinada situação *só está acontecendo com ele, e só acontece porque ele é usuário de drogas*. Portanto, se o profissional explicar como é o funcionamento habitual e como se dá a rotina da instituição, o usuário ficará mais tranqüilo durante a realização de exames, espera para consultas e outras questões da rotina institucional.
2. Necessidade de escuta: a despeito do serviço público de saúde ter sempre um número muito grande de pacientes e poucos profissionais disponíveis, o que torna os atendimentos em geral muito rápidos, no caso do usuário de drogas a *escuta qualificada* é de suprema importância. O profissional que consegue de fato compreender o paciente em seu universo de uso de drogas, e realizar um diagnóstico e aconselhamento adequados, tem maiores chances de conseguir a adesão do mesmo e a melhoria de sua condição.

O profissional de saúde precisa apresentar ao paciente, de modo claro, os horários, o número de comprimidos, drágeas ou colheradas a serem tomadas cada vez; a necessidade de restrição alimentar, de modo a ser o mais compatível possível com as atividades diárias do paciente. Também é fundamental que o paciente seja inserido no serviço de saúde e apresentado a todas as possibilidades de atendimento, prevenção a outras patologias (vacinação), bem como tratamento para dependência as drogas, se assim ele o desejar.

A questão da saúde mental

Os serviços de atenção à saúde mental ainda não estão integrados ou articulados aos serviços de atendimento às DST/AIDS na maior parte da América Latina e o Caribe. É um desafio adicional promover essa atenção integral ao paciente, respeitando os limites éticos, atendendo às suas necessidades mais urgentes, e permitindo que os profissionais de saúde responsáveis pelo seu tratamento considerem sua realidade e seu contexto de vida.

Pacientes com HIV/AIDS usuários de drogas em geral apresentam bons padrões de adesão aos antiretrovirais quando vinculados a serviços de atenção integral – tratamento para dependência química, apoio e tratamento em saúde mental, assistência social e tratamento para HIV/AIDS e outras enfermidades – com melhora do

seu estado de saúde e melhora da qualidade e vida como um todo (Agins et al., 2001, Martin et al., 2001, Knowlton et al., 2001, Clarke et al., 2002 e Broadhead et al., 2002).

Portanto, para se oferecer um serviço de excelência ao paciente com HIV usuário de drogas, é imprescindível a articulação entre os serviços de saúde mental e atenção básica, articulação esta refletida no trabalho multidisciplinar, na discussão supervisionada dos casos e na análise de esquemas terapêuticos realistas e pertinentes ao modo de vida do sujeito.

Boa parte dos usuários de drogas tem patologias psiquiátricas associadas e a própria infecção pelo HIV pode levar ao deterioramento de funções cognitivas e alterações do humor. Assim o diagnóstico das co-morbidades psiquiátricas é um passo fundamental para a organização de um plano de tratamento mais adequado às necessidades destes pacientes. Este documento apresenta mais detalhes sobre a vinculação entre saúde mental e HIV/AIDS no Capítulo III.

CAPÍTULO I

ADESÃO À TERAPIA ANTIRETROVIRAL (ARV) ENTRE PACIENTES HIV+ USUÁRIOS DE DROGAS

Introdução: o conceito de adesão

Esse conceito implica clareza e competência do profissional de saúde para avaliar as condições mentais e o contexto de vida do paciente, para que ele seja capaz de discernir e participar de seu tratamento do modo mais ativo possível, com o mínimo de interferências em sua rotina ou, em caso de ausência completa de rotina, o estabelecimento de parâmetros iniciais para intervenção e adesão às recomendações.

O conceito de adesão refere-se inicialmente ao uso de medicamentos - porém, compreende vários comportamentos e interações pessoais que vão muito além das prescrições. Em termos técnicos, a adesão pode ser definida como: "O grau com que o comportamento de uma pessoa - tal como tomar medicamentos, seguir uma dieta e/ou adotar mudanças no estilo de vida corresponde às recomendações discutidas (e aceitas) com um profissional de saúde⁴".

A adesão é também extensiva ao comportamento da pessoa - tomando a medicação, seguindo uma dieta, e/ou realizando mudanças no estilo de vida - de acordo com as recomendações feitas pelo profissional de saúde.

A efetividade do tratamento é determinada pela eficácia do medicamento/terapia e pela extensão da adesão, bem como as características da doença e do paciente. São fatores importantes para uma boa adesão: a compreensão por parte do paciente da sua condição, do processo terapêutico que vai iniciar, dos medicamentos e rotinas que deve seguir, e do curso da própria doença.

Um certo grau de não-adesão é universal

Estudos mostram que algum grau de não-adesão ocorre universalmente, tanto em países ricos como em países pobres, mesmo quando se trata de doenças que envolvem potenciais riscos de vida (Remien et al., 2003; Chesney et al., 2000). Os pacientes têm "momentos de não-adesão", e a história dos que têm boa adesão é uma história de superação de dificuldades (Brasil, 2000).

A adesão tem a ver com a aceitação da doença, e o contexto sócio-cultural em que o diagnóstico foi apresentado ao paciente. Estudos demonstram que os pacientes entram num estado de ansiedade e alterações do

⁴ OMS, 2001 http://www.who.int/chronic_conditions/en/Section1.pdf

humor, por vezes intensos, ao receberem o diagnóstico de HIV+ ou AIDS, mesmo com aconselhamento pré e pós-teste (Fitzgerald et al., 2004), não aderindo inicialmente ao tratamento.

A falta de adesão pode se manifestar através do simples não-cumprimento das prescrições, com descontinuidade e falhas terapêuticas, interrupção total da ingestão dos medicamentos e prescrições correlatas, ou ainda através da ingestão excessiva e conseqüente "sobre dosagem". O profissional de saúde precisa estar atento às diversas formas da não-adesão que porventura se manifestem e para ajudar o paciente a superar as dificuldades.

É importante destacar os prejuízos que a não-adesão provoca, tanto para o paciente, quanto para a história clínica da doença e para a saúde pública em geral. A baixa adesão é um dos problemas mais graves do sistema de assistência à saúde, transformando o melhor tratamento disponível em ineficaz.

É preciso considerar que os pacientes podem ficar frustrados quando suas preferências quanto às decisões relativas ao tratamento não são consideradas. Por exemplo, pacientes que têm pouco poder de decisão em relação ao tratamento têm mais freqüentemente atitudes negativas em relação à terapia antiretroviral e apresentam baixos níveis de adesão (Webb et al., 2001). A adesão melhora quando as necessidades, preocupações e crenças pessoais dos pacientes são consideradas, e quando possível, é realizada uma avaliação sobre custos e benefícios do tratamento (Horne & Weinman, 1999).

O aumento do grau de liberdade do paciente, ou co-responsabilidade, implica o estabelecimento de vínculos de outra ordem de poder, em que não há uma ligação direta entre "ordem" e "obediência". O paciente é ativo e compreende seus limites; o profissional de saúde esta alerta e busca unir seu saber técnico científico com a realidade singular de cada paciente, respeitando suas características sócio-econômicas e culturais.

Fatores relacionados à facilitação da adesão:

Vários fatores estão descritos como correlatos e preditivos da adesão, incluindo:

1. Reconhecimento da complexidade e duração do tratamento;
2. Caráter inter e multidisciplinar da intervenção – características do serviço de assistência;
3. Abordagem cuidadosa do profissional de saúde no diagnóstico e prescrição – relação entre profissional e paciente;
4. Capacidade de diálogo e negociação por parte do profissional de saúde e do próprio serviço, permitindo alguma flexibilidade de horários, prazos e datas para consultas e retirada de medicamentos, quando for o caso;
5. Acesso aos medicamentos: custo, acessibilidade, disponibilidade;
6. Dificuldade para compreensão do esquema terapêutico: ingestão de comprimidos – horários, requisitos, relação com alimentação (requisitos de jejum, pós-refeição, jejum prolongado);
7. Tipo de enfermidade: a forma como o paciente vê seu estado e compreende sua doença;
8. Co-morbidades conhecidas, medicadas e controladas: em especial as relativas à saúde mental;
9. Presença ou ausência de sintomas: na ausência de sintomas, a tendência é de interrupção dos medicamentos;
10. Efeitos colaterais dos medicamentos;
11. Condições sócio-demográficas, condições de vida, alimentação e moradia;
12. Apoio da família e amigos;
13. Boa receptividade e apoio no ambiente de trabalho, quando houver;
14. Adesão do paciente não só ao tratamento medicamentoso, mas também ao serviço de saúde (ex: comparecendo às consultas agendadas nos dias e horários marcados).

Fatores relacionados à efetividade das intervenções:

1. Fatores econômicos e sociais – condição de vida do paciente;
2. Equipe de assistência – capacitação, atualização, integração entre profissionais e serviços;
3. Fatores relativos ao sistema de saúde – atendimento, fluxo, prazos, acesso;
4. Terapias disponíveis – acesso, restrições e limitações, custo, complexidade;
5. Fatores relativos aos pacientes – individualidades, concepções religiosas ou culturais, etc.

Programas integrados

O ideal seria que os seguintes serviços existissem nas instituições que tratam de pacientes com HIV, usuários de drogas ou não:

- Identificação, diagnóstico e tratamento de distúrbios mentais, incluindo-se dependência a drogas.
- Identificação, diagnóstico e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, tuberculose e hepatite.
- Serviços para educação por pares, ou seja, o desenvolvimento de ações de educação que privilegiam a abordagem de pacientes por outros pacientes, de jovens por outros jovens, etc.
- Protocolos específicos para farmacêuticos, enfermeiras e outros profissionais não-médicos.
- Aconselhamento individual e/ou em grupo.
- Acompanhamento dos pacientes.
- Supervisão institucional.
- Supervisão técnica para não-médicos.
- Serviços sociais.
- Grupos de apoio para familiares e pacientes.
- Reuniões para discussão de casos clínicos e respectivas condutas a serem seguidas pela equipe de saúde, com relação a determinado paciente.

É importante que os serviços sejam *integrados* e não atuem de modo isolado, especialmente quando nem todos os serviços existem no mesmo local. Nos países onde os profissionais de saúde estão sobrecarregados de trabalho, a dificuldade de realizar reuniões e atualização técnica é grande, sendo responsabilidade dos gestores dos serviços ou autoridades fomentar políticas que garantam a qualidade dos serviços e o melhor atendimento possível aos usuários, sem discriminações.

Fatores de risco para não-adesão:

1. Intervenção unidimensional: foco na consulta médica, exclusivamente;
2. Escolaridade inferior a quatro anos de estudos;
3. Ausência de renda pessoal ou perda do emprego;
4. Início do tratamento mal conduzido pelo profissional de saúde: “desqualificação” do paciente ou da doença, comunicação inadequada para a família, etc.;
5. Falta de clareza quanto ao esquema de atendimento no serviço de saúde: desconhecimento das condições básicas de fluxo na unidade de atendimento;
6. Falta de disponibilidade de medicamentos na rede de saúde ou falta de condições para aquisição dos remédios;
7. Número elevado de comprimidos por dia;

8. Estigma sobre a doença;
9. Falta de apoio psicológico;
10. Uso de drogas lícitas ou ilícitas;
11. Distúrbios mentais;
12. Deficiência mental;
13. Dois ou mais fatores supracitados em associação;

Uso de drogas

Wood et al. (2004) descrevem um estudo com 1.422 pacientes, onde 359 (25,3%) eram usuários de drogas injetáveis (UDI), antes de iniciarem a terapia ARV. Após um ano de início do tratamento, 30,3% dos usuários de drogas não injetáveis haviam se deparado com falhas terapêuticas, enquanto 42,5% dos usuários de drogas injetáveis haviam interrompido o tratamento. A história de uso de drogas injetáveis está associada a uma descontinuidade ou interrupção precoce da terapia antiretroviral.

A supressão viral está associada positivamente a altas doses de medicamento antiretroviral e idade acima dos 25 anos; e associada negativamente com uso de drogas ou álcool nos 30 dias anteriores (Palepu et al., 2004).

Distúrbios mentais

Em estudo recente, Ingersoll (2004) avaliou 120 adultos com HIV tomando antiretrovirais, em termos de esquema terapêutico, comportamentos que poderiam facilitar a adesão, presença de problemas mentais e padrões de uso de substâncias psicoativas. Outras pesquisas também mencionam a *ansiedade, depressão e o uso crônico de substâncias psicoativas* como fatores predisponentes à não-adesão (Kerr et al., 2005; Chan-der et al., 2006). Tanto a ansiedade quanto a depressão prejudicam a adesão do paciente não apenas ao tratamento medicamentoso, mas também ao tratamento da dependência de drogas, além de interferir com vínculos familiares, mudanças no estilo de vida, e outras condições que se relacionam com uma maior adesão à terapia ARV.

Possíveis conseqüências da baixa adesão:

1. Aumento do risco de desenvolver resistência aos ARV: em pacientes com HIV/AIDS, a resistência à terapia antiretroviral está relacionada a baixos níveis de adesão (Bangsberg et al., 2000). Adesão baixa ou parcial, em níveis abaixo de 95%, pode permitir replicação viral, redução da sobrevida e mutação de linhagens resistentes de HIV (Paterson et al., 2000).
2. Recaídas: a baixa adesão persistente pode agravar o curso da doença e eventualmente incapacitar o paciente a responder ao tratamento (Weiden, 2002).
3. Aumento do risco de efeito-rebote: efeitos adversos e danos potenciais podem ocorrer quando a medicação é interrompida abruptamente, seja de modo parcial ou total. Um bom plano de adesão é fundamental para que diminua a chance do paciente ter experiências adversas decorrentes da interrupção ou descontinuidade do tratamento (Kaplan, 1997).
4. Aumento do risco de toxicidade: no caso de uso excessivo ou abusivo de medicamentos (outro tipo de não-adesão), existe o risco de *overdose* de medicamentos ou drogas com farmacodinâmica cumulativa – pacientes idosos e com distúrbios mentais (esquizofrenia, por exemplo) são especialmente suscetíveis.
5. Aumento da probabilidade de acidentes: a administração de diversas medicações exige mudanças no estilo de vida do paciente, com o objetivo de evitar acidentes decorrentes do efeito colateral de certos remédios. Por exemplo, remédios que exigem abstinência de álcool (metronidazol) ou precauções para motoristas e operadores de máquinas (sedativos e hipnóticos).

Medidas de adesão

Uma avaliação cuidadosa do comportamento de cada paciente – principalmente dos comportamentos que podem influenciar sua aderência ao tratamento – é fundamental para que se possa elaborar e acompanhar um plano de tratamento eficiente. Esta avaliação cuidadosa permitirá também o monitoramento de mudanças nos resultados e a posterior avaliação da eficácia do regime terapêutico recomendado.

Não existe um “padrão ouro” para medir a aderência do paciente ao tratamento (Farmer, 1999). O profissional de saúde precisa dispor de várias estratégias para avaliar o paciente, uma vez que o relato pessoal tende a ser pouco realista e superestimado (Di Matteo & Di Nicola, 1982). Por exemplo, pacientes que não seguem a medicação corretamente tendem a descrever seu comportamento como adequado (Cramer & Mattson, 1991). Existem diversas outras maneiras de avaliar a aderência do paciente à terapia, detalhadas a seguir.

Contagem de comprimidos

A contagem de comprimidos, seja nas consultas, ou ainda o controle pelo monitoramento eletrônico da tampa dos frascos contendo comprimidos⁵, e mesmo o controle das planilhas das farmácias onde o remédio é retirado, são métodos limitados que tendem a superestimar a adesão, pois apenas registram que o paciente *obteve* a medicação (Cramer & Mattson, 1991). Estes métodos, porém, dependem de tecnologia e disponibilidade de um banco de dados de farmácias, o que pode ser inviável em vários países.

Marcadores biológicos

As medidas bioquímicas, com marcadores não-tóxicos adicionados aos medicamentos, e sua presença no sangue ou urina, podem mostrar se a ingestão foi recente e na dose correta. Essa estratégia pode ser influenciada por diversos fatores biológicos individuais, como dieta, absorção e excreção (Vitolins et al., 2000).

Independentemente da técnica de medida utilizada, é importante que o profissional seja capaz de definir um nível ótimo de adesão e utilizar essa medida no seu diálogo com o paciente. Alguns estudos utilizam como medida de adesão para terapia antiretroviral a utilização de 95% da medicação prescrita, quando se trata de inibidores de protease (Ingersoll, 2004), porém outros estudos utilizam como parâmetro a ingestão de 80% da medicação nos últimos três dias, ou no último mês (Leite & Vasconcelos, 2003).

Não há um consenso sobre estas definições, que variam muito entre os estudos. Por isto, é fundamental que as avaliações e comparações entre níveis de adesão sempre considerem o método utilizado e o nível no qual a adesão foi definida. Embora seja difícil construir curvas de dose-resposta nas situações da vida real, onde a dosagem, temporalidade e outras variáveis podem ser diferentes das testadas em ensaios clínicos, elas são necessárias – em especial para lembrar que existem diferentes níveis de adesão para diferentes terapias, e que isso pode nortear a formulação de políticas.

Em síntese, as medidas de adesão podem gerar apenas uma *estimativa* do comportamento atual do paciente. Uma medida considerada “boa” ou abrangente, de modo a obter uma aproximação do comportamento de adesão precisa considerar todos os fatores descritos, e as estratégias utilizadas precisam ter referências e parâmetros objetivos de avaliação, com validação e boa confiabilidade (Nunnally & Bernstein, 1994).

⁵ MEMS = Medication Event Monitoring System (Sistema de monitoramento de eventos de medicação). É feito por um sensor na tampa do medicamento que registra data e hora em que o frasco foi aberto.

O serviço de saúde

É preciso ter clareza quanto às medidas de avaliação e custo-benefício da adesão e não-adesão nos serviços, uma vez que a não-adesão pode ser responsável por um aumento significativo da morbi-mortalidade. Para os profissionais de saúde e formuladores de políticas públicas, é fundamental que sejam definidos parâmetros objetivos, não apenas um controle dos insumos, de tal modo que se promova melhoria efetiva nos indicadores de saúde pública, com bons resultados.

Alguns pontos importantes quando se discute o serviço de saúde:

- se o serviço proverá o atendimento necessário durante todo o tratamento;
- se há política de fomento para a educação do paciente (prevenção secundária) e aconselhamento;
- compartilhamento de informações e atualizações científicas: entre os profissionais e com os pacientes;
- nível de comunicação e articulação política entre os pacientes;

Estudos feitos com UDI demonstram que o atendimento regular e estável está associado à aceitação da terapia ARV e melhora na adesão ao tratamento, mesmo entre pacientes com estilo de vida considerado caótico, sem qualquer rotina (Clarke et al., 2002).

Esses pacientes são, muitas vezes, rejeitados pelos profissionais dos serviços de saúde por razões morais, assim como os pacientes com história de tentativas de suicídio e aborto (Lima, 2002).

Em relação aos usuários de drogas, em todos os países da América Latina e o Caribe são necessárias mudanças políticas e estruturais significativas, incluindo capacitação dos profissionais em conceitos atualizados de drogas e dependência, articulação com programas de tratamento de dependentes, além da revisão das políticas de drogas existentes, buscando criar mecanismos para facilitar o acesso desses pacientes ao tratamento e cuidados à saúde.

Segundo Wood e colaboradores (2004), em áreas urbanas com alta prevalência de HIV entre UDI, os serviços de assistência para pessoas com HIV podem ter aumento significativo de seus indicadores de morbi-mortalidade caso não atendam os pacientes com HIV usuários de drogas.

Segundo Palepu e colaboradores (2004), os programas de tratamento da dependência química podem oferecer uma oportunidade para as pessoas HIV+ ou com AIDS recebam aconselhamento e tratamento, e discutir questões relativas à adesão.

Os pacientes precisam ser apoiados, não culpabilizados

É importante destacar que a questão da adesão é mais complexa do que apenas a ingestão de comprimidos, e várias estratégias têm sido utilizadas visando a intervenções eficazes: grupos de auto-ajuda, grupos orientados por psicólogos, apoio psicoterapêutico para pacientes e familiares. Estas são algumas das medidas para auxiliar os pacientes na compreensão de sua doença, da importância de sua conduta para um bom prognóstico.

Em relação aos profissionais de saúde, médicos e não-médicos, começam a se intensificar os trabalhos de supervisão técnica (para discussão das condutas e atualização profissional) e institucional (para discussão das relações profissionais e interinstitucionais). Para executar os trabalhos de supervisão técnica e institucional é

necessário contar com um profissional mais experiente e capacitado a avaliar as condutas e auxiliar na abordagem dos pacientes.

Em relação aos pacientes usuários de drogas, os médicos tendem a exigir a abstinência imediata desvinculada de um processo terapêutico, desconsiderando a dependência como um problema crônico e recorrente. Essa exigência, quando levada a cabo como pré-requisito para o tratamento – muitas vezes em nome de uma interação farmacocinética entre drogas e remédios que pode não existir – pode levar ao abandono do serviço ou maior dificuldade em adesão ao tratamento ARV. O profissional deve entender que pode demorar algum tempo até que o paciente possa discutir a possibilidade de abstinência como um dos objetivos do seu próprio tratamento para a dependência.

Redução de danos

A redução de danos é uma estratégia de saúde pública que favorece uma maior integração entre usuário e serviço, respeitando as questões éticas e os direitos humanos, priorizando a manutenção da vida e permitindo a redução de infecções e lesões secundárias. A possibilidade do paciente negociar sua condição de dependente sem ser julgado e desqualificado moralmente é requisito fundamental para um bom plano de tratamento ou plano de adesão. Isto implica uma mudança de paradigma por parte dos profissionais, para que aceitem os pacientes no estágio em que se encontrem com relação ao seu consumo e dependência de substâncias, sem exigir mudanças imediatas ou profundas que não sejam realistas ou aceitas pelo paciente.

Estudos têm mostrado que usuários de drogas HIV+ podem ser motivados no sentido de mudarem sua conduta visando proteger seu(s) parceiro(s) sexual(is) ou de injeção de drogas para que eles não contraiam a infecção (Rhodes et al., 1998; van Empelen et al., 2003). Os esforços de redução de danos não devem ser dirigidos somente aos usuários individuais, mas também aos seus parceiros, redes sociais e a comunidade em geral.

O trabalho de redução de danos compreende a realização do chamado trabalho de *campo*, no qual se realiza a busca dos usuários, e esse trabalho é feito por um agente de saúde especialmente treinado. Em geral, um ex-usuário ou usuário de drogas que conhece a comunidade de usuários, seus códigos e particularidades, está capacitado a acessar os usuários e parceiros, levando até eles informação e insumos para que comecem a adotar novos hábitos de uso, sem compartilhamento de seringas e agulhas e buscarem atendimento nos serviços de saúde.

Os componentes efetivos de um programa para redução de danos são:

- Prevenção da transmissão de HIV e outras doenças infecciosas;
- Testes e terapia para HIV;
- Vacinação contra hepatite B e tétano;
- Acesso à camisinha;
- Educação para evitar o compartilhamento de seringas (por exemplo, nunca reutilizar ou compartilhar seringas, a água ou o equipamento de preparação das drogas);
- Uso exclusivo de seringas esterilizadas que são obtidas de fonte confiável (uma farmácia ou um programa de acesso a seringas). Quando não for possível, devem ser consideradas as técnicas de limpeza e des-

infecção. Água sanitária (ou cloro não diluído) é o desinfetante mais eficaz quando não existem opções mais seguras;

- Usar água esterilizada para preparar as drogas; ou usar água limpa de uma fonte confiável;
- Usar uma colher ou outro instrumento novo ou desinfetado para aquecer a droga, e um filtro novo (algodão) para preparar as mesmas;
- Limpar o local da injeção com um algodão novo com álcool antes da injeção de drogas;
- Descartar as seringas num lugar seguro depois de um único uso.

No Brasil, o programa consiste na disponibilização de insumos (o chamado 'kit de redução de danos' com seringas descartáveis, *swab*, copinho e água destilada para diluição da droga, preservativos, folheto com instruções para injeção mais segura), além de trabalhos informativos e educativos, bem como a articulação de uma rede de cuidado e reinserção social destes usuários.

O impacto da adoção de estratégias de redução de danos entre usuários de drogas injetáveis no Brasil traduziu-se numa redução da incidência de HIV entre UDI (Mesquita et al., 2003). Em vários serviços, a demanda excessiva e o grande número de pacientes não permite que o médico estabeleça uma relação de confiança que permita uma discussão imediata acerca da sua condição de dependente químico. Nestes casos, os serviços de psicologia e assistência social são decisivos, podendo contribuir de modo significativo para a avaliação da condição real do paciente, e não da condição relatada de início.

Uso de cocaína intranasal

Em relação à cocaína intranasal, ainda não está bem esclarecido se a via intranasal constitui um modo independente de transmissão, decorrente da absorção do sangue contaminado pela mucosa nasal pelo compartilhamento dos 'canudos' usados de modo coletivo.

CAPÍTULO II

CO-INFECÇÕES MAIS PREVALENTES ENTRE HIV+ USUÁRIOS DE DROGAS

Neste capítulo descrevemos sucintamente algumas das infecções mais freqüentes entre usuários de drogas infectados pelo HIV. Mais informações sobre estas e outras infecções entre usuários de drogas injetáveis podem ser encontradas em outro Manual da OPAS (Bravo, 2004).

Co-infecção HIV/tuberculose

A Co-infecção HIV/tuberculose (doravante denominada TB) altera de forma expressiva o comportamento clínico e a história natural de ambas as doenças e pode ser encontrada em dependentes do álcool e outras drogas, injetáveis ou não. Quando ocorre o adoecimento pela tuberculose, observa-se queda significativa da contagem de linfócitos T-CD4+ e aumento da replicação do HIV. Portanto, a quimioprofilaxia, o diagnóstico e o tratamento precoces são fundamentais para o controle da TB em pacientes co-infectados.

A *rifampicina* é componente fundamental para o tratamento da TB. Entretanto, a associação da rifampicina com certos Inibidores de Transcriptase Reversa Não Análogos de Nucleosídeo (ITRNN) e/ou Inibidores de Protease (IP) provoca interação farmacológica no sistema microssomal hepático, que pode reduzir os níveis séricos antiretrovirais e aumentar o risco de falha terapêutica e desenvolvimento de resistência do HIV.

Esquemas alternativos para tratamento de tuberculose sem rifampicina têm eficácia terapêutica reduzida, implicam o uso de drogas menos ativas, freqüentemente são mais complexos, demandam administração injetável e duração mais prolongada do tratamento. Portanto, para que não haja prejuízos para o paciente, recomenda-se o uso de esquemas antituberculose que incluam rifampicina e esquemas antiretrovirais que incluam drogas potentes, cujo uso concomitante com a rifampicina não tenham seus níveis séricos reduzidos de modo significativo.

Hepatites

Os usuários de drogas injetáveis têm maior risco de contrair várias formas de hepatites virais, particularmente as Hepatites B e C, mas também a hepatite A. Os vírus B e C podem ser transmitidos através de contato sexual, compartilhamento de seringas, transfusão de sangue, e verticalmente, da mãe para o feto. A hepatite A é transmitida por contaminação de alimentos e contágio direto, sendo relacionada a más condições sanitárias a que os usuários de drogas injetáveis por vezes estão expostos.

A hepatite B pode se tornar crônica e levar ao desenvolvimento de cirrose e carcinoma do fígado. Muitos dos pacientes infectados não desenvolvem a hepatite aguda e assim o teste para o diagnóstico laboratorial é importante. O uso de marcadores biológicos para acompanhamento de portadores de doença crônica pode auxiliar na prevenção de surtos de hepatite B. A identificação das pessoas com infecção crônica através do diagnóstico precoce pode reduzir a transmissão continuada da infecção, e o tratamento antiviral diminui o risco de evolução para cirrose e carcinoma hepatocelular.

A vacinação contra hepatite B de recém-nascidos e menores de um ano já foi implantada em vários países, tais como o Brasil. A redução da transmissão sexual entre populações específicas, sob elevado risco – profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis, presidiários, homens que fazem sexo com homens – demandam campanhas específicas para informação, esclarecimento, adoção de medidas de prevenção e vacinação. As mulheres grávidas e as que estão amamentando não têm contra-indicações para usar a vacina.

A co-infecção pelos vírus C (causador da hepatite C, VHC) e HIV é relativamente freqüente entre os dependentes de drogas. A prevalência da infecção por VHC em UDI no mundo varia de 50% a 90% e a incidência de 10% a 30% (Hagan & Des Jarlais, 2000), ou seja, a hepatite C associada ao uso injetável de drogas é um problema mais freqüente e geograficamente mais homogêneo que a própria infecção pelo HIV (Bravo, 2004).

O melhor conhecimento da dinâmica viral e a introdução de testes diagnósticos de maior sensibilidade e especificidade, durante a década de 90, permitiram conhecer melhor a situação epidemiológica da hepatite causada pelo vírus C. Mais de 90% das infecções evoluem de forma assintomática (impedindo a detecção de casos clínicos, sendo identificados apenas em situações específicas como doação de sangue, exames de rotina, etc) e a maioria torna-se crônica, mas o sistema de notificação ainda é falho, os testes são caros e não há vacina contra a hepatite C.

A vacina para a hepatite A é altamente imunogênica e segura, e determina 95% a 100% de soroconversão em indivíduos saudáveis. É capaz de evitar a disseminação da doença durante surtos, protegendo também as pessoas que tenham contato com o paciente infectado na residência. A inoculação é recomendada para pessoas sob risco aumentado: viajantes para zonas de média e alta prevalência, crianças de áreas endêmicas, homens que fazem sexo com homens, receptores de fatores concentrados de coagulação, pacientes hepatopatas crônicos e usuários de drogas injetáveis.

Interações Medicamentosas

Durante o tratamento da hepatopatia crônica, medicamentos como o interferon alfa e a ribavirina, podem apresentar interações medicamentosas importantes do ponto de vista clínico. O médico deve estar atento às possíveis interações com outras drogas, mesmo quanto aos medicamentos não relacionados ao tratamento do HIV/AIDS e suas doenças oportunistas associadas.

Entre os antiretrovirais, a didanosina (ddI) e a zidovudina (ZDV) podem apresentar interações farmacológicas com o interferon ou a ribavirina. As repercussões clínicas do uso concomitante dessas drogas ainda não estão bem estabelecidas, não existindo contra-indicação absoluta a usá-las conjuntamente. É recomendado o uso de outros antiretrovirais ou, quando isso não for adequado ou possível do ponto de vista do controle terapêutico do HIV, deve-se realizar monitoramento cuidadoso durante o tratamento (p.ex: dosagem semanal ou quinzenal dos níveis de hemoglobina, com ZDV, e de amilase, com ddI). No caso de ocorrência de doenças oportunistas graves, deve-se priorizar o seu tratamento em relação ao tratamento da hepatite.

Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) como: herpes genital, clamídia, gonorréia, papiloma vírus, sífilis e tricomonas estão entre os problemas mais comuns de saúde pública em todo o mundo. Nos últimos anos, provavelmente devido à alta transcendência da AIDS, o trabalho com demais DST, principalmente no que se refere à vigilância epidemiológica, treinamento de profissionais, atualização diagnóstica e terapêutica, disponibilidade e controle de medicamentos e enfoque pela comunicação social, ficou em segundo plano, como se “a AIDS ‘incluisse’ as outras DST”.

Considerando-se que a presença de uma úlcera genital aumenta em até 18 vezes o risco de infecção pelo HIV, a prevenção às DST é uma forma de profilaxia da AIDS – tanto pela questão orgânica, das lacerações inerentes que aumentam a exposição ao vírus, quanto pela questão da exposição ao risco: se alguém foi infectado com uma DST, teve necessariamente comportamento não-protetido.

De acordo com a literatura internacional, recomenda-se que seja feito um exame clínico minucioso para detecção de outras DST em todos os pacientes recém-diagnosticados como HIV+. Após a primeira consulta, recomenda-se uma reavaliação anual (New York State Department of Health, 2000).

Atendimento DST sintomático: agentes comunitários de saúde

É cada vez mais freqüente o atendimento realizado por agentes de saúde para diagnóstico e encaminhamento dos casos de DST, utilizando mecanismos que facilitam o estabelecimento de um vínculo entre os serviços públicos e a comunidade. O objetivo do atendimento é tentar prover, em uma única consulta: diagnóstico, tratamento e aconselhamento adequados, utilizando-se de fluxogramas específicos, já desenvolvidos e testados, que são instrumentos que auxiliarão o profissional que realiza o atendimento na tomada de decisões adequadas.

Seja qual for o sistema de saúde local, é importante que os profissionais envolvidos sejam capacitados e supervisionados regularmente, para que possam realizar um bom atendimento e aproveitar o espaço institucional para fortalecer (ou iniciar) o vínculo do paciente com serviço de saúde.

Pesquisa de outras DST

As associações entre diferentes DST são freqüentes. Destaca-se, atualmente, a relação entre a presença de DST e o aumento do risco de infecção pelo HIV.

O cumprimento de todos os passos para obter a história clínica do paciente, do exame físico e a coleta de secreções e material para a realização do diagnóstico etiológico, o oferecimento para realização do diagnóstico sorológico anti-HIV e o aconselhamento devem fazer parte da rotina. No entanto, lembramos que a realização do exame para detecção de anticorpos anti-HIV deve ocorrer se o profissional sentir-se capacitado a realizar o aconselhamento pré e pós-teste.

Confiança e julgamento moral

As DST implicam práticas de foro íntimo e é, por vezes, difícil discuti-las com os pacientes. Sendo assim, os profissionais precisam ter clareza a respeito dos valores do paciente, assim como de seus próprios valores. Se o paciente apresenta uma conduta que o profissional de saúde reprova moralmente, haverá maior chance de realizar um atendimento menos comprometido e cuidadoso. Avaliando as próprias idéias, evita-se que ocorram atitudes de preconceito, juízos de valor e imposição de condutas e, a despeito das eventuais diferenças, o diálogo será garantido.

O exame físico e a anamnese do paciente e de seu(s) contato(s) sexual(is) devem constituir-se nos principais elementos diagnósticos das DST, tendo em vista a dificuldade de acesso imediato aos exames laboratoriais na maioria das cidades.

É importante frisar que obter informações fidedignas para a realização de uma anamnese consistente e precisa implica estabelecer uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o indivíduo em atendimento.

O profissional de saúde precisa pensar que, no contexto assistencial das DST e do uso de drogas, questões sobre sexualidade, fidelidade, prazer, desprazer, violência, conceito de risco, de doença, de saúde e outros são apresentados das mais variadas formas, de acordo com a história de cada um dos interlocutores (paciente e profissional), seu meio socioeconômico e sua personalidade. Caso contrário, podem ocorrer problemas como a omissão de informações necessárias para a realização do diagnóstico ou despreocupação quanto à real gravidade da doença ou, por outro lado, superdimensioná-la, causando, desta forma, angústias desnecessárias.

Encaminhamentos

A procura por atendimento às DST em geral ocorre fora do âmbito dos serviços de saúde: farmacêuticos, curandeiros, diversos profissionais que têm a ver com a saúde informal são requisitados. É fundamental que os profissionais do serviço de saúde tenham conhecimento destas pessoas e procurem estabelecer uma articulação, seja oferecendo capacitação técnica, seja orientando para que o atendimento seja integrado, mas evitando o confronto. As relações de confiança são fundamentais para o encaminhamento adequado.

No atendimento motivado por DST, os profissionais de saúde deverão incluir o exame clínico-genital minucioso que contemple: a busca de outras DST, educação para a redução de riscos, orientação sobre cuidados higiênicos, oferecimento do teste anti-HIV, aconselhamento, estímulo à adesão ao tratamento, promoção do uso de preservativos e a convocação dos parceiros sexuais e notificação do caso. Sempre que possível deverá ser feita a pesquisa e a observação de achados que possam identificar outras doenças, por meio de: inspeção geral, controle de pressão arterial, palpação de mamas, toque retal. A citologia oncótica de colo de útero deverá ser realizada quando houver indicação e por ocasião do retorno da paciente.

UDI e DST

Usuários que estão iniciando o uso de drogas injetáveis podem ter uma maior tendência a ter práticas desprotegidas com parceiros sexuais, do que os UDI que já estejam usando drogas injetáveis por longos períodos (Des Jarlais et al., 1999). Portanto, a educação em redução de danos é estratégia fundamental para este grupo particular, insistindo nas práticas mais seguras no uso de drogas e de sexo seguro.

Diagnóstico das DST entre usuários de drogas

Podem ocorrer testes falso-positivos para sífilis tanto em usuários de drogas quanto em pessoas com HIV, HBV e HCV. Entre pessoas vivendo com HIV e AIDS, o teste de anticorpos para sífilis (*FTA antibody test*) pode influir no resultado com mais frequência do que entre pessoas não-infectadas pelo HIV (Rolfs et al., 1990), sendo ainda mais importante o aconselhamento pós-teste (ver aconselhamento, Capítulo IV deste Manual).

CAPÍTULO III

SAÚDE MENTAL, DEPENDÊNCIA DE DROGAS E HIV/AIDS

Avaliação e diagnóstico de transtornos mentais

A avaliação clínica e o correto diagnóstico dos transtornos mentais, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas⁶ deve sempre considerar o comportamento do paciente *dentro do contexto no qual este comportamento ocorre*.

Uma boa anamnese pode indicar qual transtorno ocorreu inicialmente (ou seja, se o uso de substâncias é secundário a um outro transtorno mental ou se antecede o mesmo), se o paciente tem motivação para mudar e para seguir tratamentos farmacológicos, e se dispõe de uma rede de apoio familiar, social e terapêutico para lidar com os transtornos mentais.

Em outros casos, um transtorno psiquiátrico latente emerge tendo como fator desencadeante o diagnóstico de HIV+. Casos de esquizofrenia, transtorno bipolar e outras patologias, com idade de irrupção freqüente entre 20 e 30 anos podem ter início concomitante ou subsequente ao diagnóstico. É imprescindível o acompanhamento psiquiátrico visando à correta medicação e análise da interação com outros medicamentos da terapia antiretroviral.

Crítérios diagnósticos para uso nocivo de substâncias psicoativas

Segundo a OMS (2006), o uso nocivo é “Padrão de consumo de qualquer substância psicoativa que produz dano para a saúde. O prejuízo pode ser físico ou mental. Comumente, mas não invariavelmente, o uso nocivo tem conseqüências sociais adversas; no entanto, conseqüências sociais, por si mesmas, não são suficientes para justificar o diagnóstico de uso nocivo.” A presença de síndrome de abstinência ou dependência (ver a seguir) exclui esse diagnóstico.

⁶ Uma substância que quando ingerida afeta os processos mentais, por exemplo, cognição ou humor. Substância ou droga psicoativa são os termos mais descritivos e neutros para todas as classes de substâncias, lícitas e ilícitas, que interessam a política sobre drogas (Bertolote, 2004).

A seguir estão listados os critérios diagnósticos da OMS para *uso nocivo* de substância psicoativa (1993):

- A. O padrão de uso nocivo é sugerido por, pelo menos, um dos seguintes critérios:
- (1) uso continuado apesar do conhecimento de ter problema persistente ou recorrente, social, ocupacional ou físico que seja causado ou exacerbado pelo uso da substância psicoativa;
 - (2) uso recorrente em situações nas quais é fisicamente perigoso utilizar drogas (por exemplo, dirigir enquanto intoxicado).
- B. Alguns sintomas da perturbação têm persistido pelo menos por um mês, ou têm ocorrido repetidamente por um período maior de tempo.
- C. Atende a um dos critérios anteriores e nunca preencheu os critérios de dependência de substância psicoativa para esta substância.

O conceito de dependência

A *dependência* pode ser definida, “Como um termo geral, o estado de necessidade ou dependência de alguma coisa ou alguém para apoio, funcionamento ou sobrevivência. Quando aplicado ao álcool e outras drogas, o termo implica a necessidade de repetidas doses da droga para sentir-se bem ou para evitar sensações ruins⁷.” Segundo a Classificação Internacional das Doenças – 10 (OMS, 2006), pelo menos três dos seguintes seis critérios, em qualquer momento durante o ano anterior precisam estar presentes:

- (1) Evidência de tolerância, segundo a qual há a necessidade de doses crescentes da substância psicoativa para obter-se os efeitos anteriormente produzidos com doses inferiores;
- (2) Um desejo forte ou compulsivo de consumir a substância;
- (3) Abandono progressivo de outros prazeres ou interesses devido ao consumo de substâncias psicoativas, aumento do tempo empregado em conseguir ou consumir a substância ou recuperar-se dos seus efeitos;
- (4) Estado de abstinência fisiológica quando o consumo é suspenso ou reduzido, evidenciado por: síndrome de abstinência característica; consumo da mesma substância (ou outra muito semelhante) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- (5) Dificuldade para controlar o comportamento de consumo de substância em termos de início, fim ou níveis de consumo;
- (6) Persistência no consumo de substâncias apesar de provas evidentes de conseqüências claramente prejudiciais, tais como lesões hepáticas causadas por consumo excessivo de álcool, humor deprimido conseqüente a um grande consumo de substâncias ou perturbação das funções cognitivas relacionada com a substância. Devem ser empreendidos esforços para determinar se o consumidor estava realmente, ou poderia estar, consciente da natureza e gravidade do dano.

É muito importante avaliar a quantidade, frequência e modo de uso das substâncias consumidas pelo paciente (licitas e ilícitas) para determinar se o consumo é de risco, já está causando problemas ou se a pessoa é dependente de uma ou mais substâncias. Existem instrumentos padronizados que facilitam esta avaliação (p.ex., AUDIT e ASSIST, disponíveis nas seguintes páginas eletrônicas:

7 No DSM-III-R (American Psychiatric Association. 1987. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition, revised. Washington, DC), a dependência é definida como um grupo de sintomas cognitivos, comportamentais e psicológicos que indicam que uma pessoa tem o controle do uso da substância psicoativa prejudicado e continua esse uso a despeito de conseqüências adversas. É aproximadamente equivalente à síndrome de dependência da CID-10. (Bertolote, 1997).

http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf; http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/index.html).

A gravidade da dependência pode também ser avaliada através de instrumentos padronizados, tais como o *Addiction Severity Index* (ASI- Índice de Gravidade da Dependência)⁸. De acordo com a gravidade da dependência, condições de vida da pessoa, condições de saúde geral e mental, uma variedade de serviços podem ser oferecidos, variando do atendimento ambulatorial por profissionais treinados, grupos de auto-ajuda, até a internação hospitalar ou em comunidade terapêutica por períodos mais prolongados. A existência e qualidade destes serviços podem variar de lugar para lugar, e os profissionais devem conhecer ao menos o que existe e que disponha de padrões mínimos de qualidade e capacidade para lidar com as demais patologias do paciente.

As intervenções breves, particularmente para o consumo excessivo de álcool, são efetivas para pessoas com uso de risco, mas ainda não prejudicial ou dependente, e podem ser feitas por profissionais treinados nos serviços de atendimento primário.

É importante lembrar que muitos usuários de drogas, com ou sem HIV, podem não estar preparados para reduzir ou parar seu consumo quando se apresentam aos serviços de saúde, e que os que aceitam a abstinência recaem com frequência. Assim, a educação em redução de danos, particularmente para os que têm outros comportamentos de risco e uso injetável de drogas, é fundamental e deve ser parte dos serviços disponíveis e prestados aos usuários HIV positivos.

Síndrome de abstinência por substâncias psicoativas

Em pacientes dependentes de drogas, é comum o aparecimento da síndrome de abstinência quando da interrupção abrupta do uso da substância. Dependendo da intensidade dos sinais e sintomas, pode requerer tratamento farmacológico e internação hospitalar (p.ex., abstinência alcoólica grave), mas em geral a abstinência pode ser bem controlada em serviços ambulatoriais. O início e o curso são limitados no tempo, e estão relacionados com o tipo de substância e com a dose que vinha sendo usada imediatamente antes da interrupção ou da redução do uso. Os sinais e sintomas variam de uma substância para outra e podem ser confundidos com outros distúrbios mentais, portanto, um diagnóstico preciso é importante para a decisão de como lidar com cada caso. Mais informações sobre as diferentes substâncias psicoativas e alterações mentais relacionadas ao seu uso e abstinência podem ser encontradas no livro *"Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas"* (OMS, 2005).

Transtornos mentais mais frequentes em pacientes HIV+

Transtornos neurológicos e mentais têm uma relação estreita com o HIV, mas são esquecidos com frequência quando as intervenções para AIDS são planejadas e implementadas. Os transtornos cognitivos, abuso de substâncias e transtornos da personalidade podem influir no comportamento de modo a interferir na adesão ao tratamento.

⁸ http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/addictionseverity/en/index

É importante ter em mente que pacientes HIV+ têm elevadas taxas de delírio, demência⁹ e transtornos psiquiátricos. Isto pode ser devido a enfermidades mentais pré-existentes (especialmente pelo uso de álcool e outras substâncias), efeitos diretos do HIV sobre o cérebro, infecções oportunistas, neoplasias malignas e/ou os efeitos colaterais dos antiretrovirais e outros medicamentos usados para tratar as pessoas com enfermidades relacionados ao HIV¹⁰. O trabalho com esses pacientes requer um diagnóstico preciso e muito cuidadoso.

Transtornos mentais associados com HIV/AIDS

Entre 38 a 73% dos pacientes com HIV/AIDS têm pelo menos um transtorno psiquiátrico na vida (Gallego et al., 2000). Até 20 por cento dos pacientes infectados apresentam sintomas psiquiátricos como as primeiras manifestações da AIDS (Stern et al., 2000).

O conhecimento sobre a infecção pelo HIV/AIDS, o estigma e a discriminação que o paciente sofre com frequência podem também resultar em transtornos mentais, tais como a depressão ou ansiedade.

Transtornos mentais também podem resultar de mudanças neurológicas na estrutura física e química do sistema nervoso central que ocorrem como resultado da infecção pelo HIV, infecções oportunistas ou tratamentos relacionados (Stern et al., 2000).

Problemas que surgem devido a circunstâncias de vida:

Indivíduos infectados pelo HIV enfrentam alguns dos mesmos estressores experimentados por outros pacientes vivendo com enfermidades crônicas, tais como o mal estar prolongado, a deterioração física, dependência financeira e morte. Além disso, pacientes infectados, com frequência, têm parceiros infectados que podem vir a morrer antes que os mesmos, ou podem enfrentar a rejeição de parte dos parceiros que não estejam infectados. Existe um grande estigma social contra pessoas com HIV/AIDS na maioria dos países, e nos lugares que não dispõem de uma rede de apoio para os pacientes infectados, isso dificulta a situação e aumenta as chances de manifestarem-se transtornos mentais (Gallego et al., 2000).

Desmoralização

A desmoralização resultante do estigma e a discriminação que a condição HIV/AIDS por vezes provoca, podem levar a sintomas de depressão, sentimentos de impotência, ideação suicida e distúrbios de sono. Atitudes negativas de familiares, profissionais da saúde e da comunidade geral afetam o estado psíquico da pessoa com HIV/AIDS, dificultando o acesso ao tratamento, participação no mesmo, adesão à medicação e motivação para lidar com uma doença crônica.

O estresse agudo é comum nas pessoas HIV+ imediatamente após o diagnóstico. O estresse agudo pode levar a sintomas somáticos, à ideação suicida e aumento no uso de substâncias psicoativas (Gallego et al., 2000). O aconselhamento depois do teste diagnóstico é fundamental para oferecer apoio e assistência as pessoas HIV+ quanto as suas opções e necessidades presentes e futuras.

9 A demência pode ser definida como uma "síndrome, geralmente crônica e progressiva, devido a uma patologia encefálica na qual se verificam diversas deficiências das funções corticais superiores, que incluem memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprender, linguagem e julgamento; a consciência não é afetada; as deficiências cognitivas são acompanhadas (e ocasionalmente procedidas) por deterioração do controle emocional, da conduta social ou da motivação". (Bertolote, 1997)

10 A demência relacionada à infecção pelo HIV pode ser reduzida com a terapia antiretroviral. Também foi descrita, como efeito colateral dos medicamentos ARV, a ocorrência de quadros demenciais em pacientes com cerca de 30 anos de idade.

Os distúrbios de sono são também comuns, e podem estar relacionados tanto à própria infecção como à depressão, ansiedade ou uso de substâncias psicoativas (incluindo-se a síndrome de abstinência).

Problemas neurológicos

Problemas neurológicos podem ocorrer devido à infecção pelo HIV no sistema nervoso central (SNC) ou ser resultado de infecções oportunistas (Armstrong et al., 1993). Um certo grau de deficiência cognitiva é detectado em até 50 por cento dos pacientes com AIDS. Outros autores mostram (Koutsilieri et al., 2002) que as alterações neuroquímicas resultantes da infecção pelo vírus podem afetar a cognição de uma forma negativa depois de dois meses da infecção inicial.

Em geral, os distúrbios neurológicos mais frequentes em pessoas vivendo com HIV/AIDS são causados por lesões cerebrais (Treisman et al., 2001), como, por exemplo: Complexo de Demência da Aids (CDA), tumores e infecções oportunistas, tais como a tuberculose (TB) e meningite criptocócica. Outras infecções oportunistas comuns são: encefalite toxoplásmica (uma infecção parasitária que é a forma mais frequente de lesão cerebral), linfoma primário do sistema nervoso central, encefalite por citomegalovírus, leucoencefalia multifocal progressiva e meningite tuberculosa (Mamidi et al., 2002).

O CDA ocorre em aproximadamente 20 por cento das pessoas HIV+ (Project Inform, 2002) e é caracterizado pela deficiência acentuada no funcionamento cognitivo, incluindo a capacidade de observar, se concentrar, memorizar e a rapidez em processar informação (Gallego et al., 2000).

A característica essencial da demência devido ao HIV/AIDS é o fato deste tipo específico de demência ser uma consequência direta da infecção pelo HIV. Caracteriza-se por esquecimento, lentificação, problemas de concentração e dificuldade na resolução de problemas. Apatia, retraimento social, às vezes acompanhado por delírios ou alucinações também são comuns, assim como tremor, comprometimento dos movimentos repetidos rápidos, desequilíbrio, ataxia (falta de coordenação motora), hipertonia, hiperreflexia generalizada e problemas nos movimentos oculares para acompanhamento visual.

A demência decorrente do HIV pode ser também decorrente de tumores do sistema nervoso central (exemplo, linfoma primário e/ou infecções oportunistas como a toxoplasmose, citomegalovírus, criptococose, tuberculose e sífilis). Infecções sistêmicas, como a pneumonia e neoplasias por *Pneumocystis carinii* (hoje denominado *Pneumocystis Jirovecii*) e/ou sarcoma de Kaposi podem também estar presentes.

Segundo Boccellari et al. (1993), os quadros demenciais e déficits cognitivos são mais frequentes em pessoas vivendo com HIV/AIDS que estejam imunodeprimidas de modo grave. A contagem de células CD4 é parâmetro para se avaliar o risco de um paciente vir a desenvolver demência devido a HIV/AIDS; o quadro demencial é mais frequente em pacientes com CD4 abaixo de 200. Testes neuropsicológicos específicos podem estabelecer o estágio do quadro demencial de cada paciente, permitindo melhor planejamento das ações terapêuticas.

O HIV/AIDS também pode levar a transtornos do estado de humor. A depressão, é muitas vezes adjetivada e confundida com "má vontade", "falta de amor", "falta de parceiro", etc. Há pouca informação para o público sobre a depressão como distúrbio mental passível de atingir todas as pessoas, e para o qual existe tratamento efetivo.

Treisman et al. (2001) calcularam que até 60 por cento de pacientes de HIV/AIDS sofrem de depressão grave em algum momento, sendo a prevalência mais que o dobro da população geral (Ciesla & Roberts, 2001). O

diagnóstico da depressão pode ser complicado porque vários sintomas (p.ex., fadiga, perda de peso, etc.) resultantes da supressão geral de sistemas imunológicos pelo HIV são similares à depressão grave.

Segundo Angelino & Treisman (2001), mesmo pacientes sem histórico familiar ou pessoal de hipomania¹¹ podem desenvolver uma síndrome maniaca nos estágios mais avançados da infecção pelo HIV. "A mania" deste quadro é usualmente referida como "AIDS -mania" (Whitefield et al., 1992). A mania apresenta-se geralmente como excitabilidade intensa e pode variar desde a fala exagerada, agitação, comportamento energético até delírios¹² de grandiosidade e violência (Lyketsos et al., 1997).

Um estudo realizado por Lyketsos e colaboradores (1993), tendo como base prontuários médicos do serviço para HIV/AIDS da Universidade Johns Hopkins (nos EUA), constatou que 8% dos pacientes com AIDS apresentavam quadros maníacos, que podem também ser causados por complicações relacionadas ao uso indevido de substâncias (em especial cocaína e outros estimulantes).

Os pacientes também podem alternar períodos de mania e depressão, uma condição conhecida como transtorno bipolar¹³. Para as pessoas vivendo com HIV/AIDS, o afastamento da realidade, ou a psicose, também pode ser resultante da deficiência do SNC, e ocorre nos últimos estágios da AIDS, em 0,2 a 15 por cento de pacientes (Gallego et al., 2000). Sintomas da psicose que têm sido relatados nos pacientes com AIDS incluem comportamento estranho, delírios e alucinações (Stern et al., 2000).

Interações Medicamentosas

Existem várias interações entre as medicações psicotrópicas utilizadas para o tratamento dos distúrbios mentais e os antiretrovirais. Para informações mais detalhadas sobre as mesmas, a publicação *Saúde Mental e HIV/AIDS* é recomendada e pode ser obtida através do website:

http://www.who.int/mental_health/resources/mh_hiv_aids/en/print.html.

11 Hipomania - transtorno caracterizado por uma elevação leve, porém persistente, do humor, aumento da vitalidade e da atividade e, habitualmente, uma sensação de bem-estar e de eficiência física e mental. Aumento da sociabilidade, loquacidade, familiaridade exagerada, aumento do vigor sexual e diminuição da necessidade de sono estão freqüentemente presentes, mas não a ponto de perturbarem gravemente o desempenho ocupacional ou resultarem em rejeição social. Os transtornos do humor e do comportamento não se fazem acompanhar nem por delírios nem por alucinações. (Bertolote, 1997).

12 Delírio - uma síndrome orgânica cerebral aguda caracterizada por perturbações concomitantes da consciência, da atenção, da percepção, da orientação, do pensamento, da memória, do comportamento psicomotor, das emoções e do ciclo sono-vigília. A duração é variável, de poucas horas a poucas semanas e a gravidade varia de leve até muito grave (Bertolote, 2004).

13 Transtorno afetivo bipolar - transtorno caracterizado por dois ou mais episódios nos quais os níveis de humor e da atividade do paciente estão significativamente perturbados. Esta perturbação consiste, em algumas ocasiões, de uma exaltação do humor e de um aumento da energia e atividade, e, em outras, de uma diminuição do humor ou de um enfraquecimento da energia e da atividade (Bertolote, 1997).

CAPÍTULO IV

PRINCÍPIOS PARA OS SERVIÇOS QUE ATENDEM USUÁRIOS DE DROGAS COM HIV

Políticas de Saúde Coletiva: o papel dos serviços

A saúde coletiva, ou seja, direcionada a toda a população, deve enfatizar o atendimento *universal, humanizado e integrado*. Existe ainda o sistema de Saúde Suplementar, composto pelos convênios médicos privados. Cada país tem sua política de saúde articulada aos demais setores da estrutura de governo, e é fundamental que todo profissional de saúde compreenda o cenário político de sua atuação, suas diretrizes políticas e abrangência da intervenção.

Portanto, a integração dos serviços de atendimento em HIV/AIDS e tratamento para dependência de drogas é imprescindível para que os pacientes vivendo com HIV/AIDS usuários de drogas sejam atendidos de modo efetivo. Para tanto, deve-se dar atenção especial para a capacitação dos profissionais (prevista em orçamento), a formulação de uma política pública que incorpore as propostas e a definição, nas esferas competentes, das dotações orçamentárias relativas à saúde pública.

Os serviços de saúde mais bem preparados são aqueles que têm em seu quadro de funcionários pessoas com capacidade de escuta, paciência e condições para não limitar suas formas de intervenção a prescrições imediatistas. Em termos de estrutura, uma referência importante é a rede à qual pertence aquele serviço, que permita certa mobilidade ao paciente, que tenha algum tipo de apoio social de instituições parceiras, ONG, e possua projetos já implementados.

Políticas de atenção a usuários de álcool e outras drogas

É importante compreender e/ou definir, em cada país, quais são os órgãos públicos responsáveis pela chamada “questão das drogas”, nos diferentes níveis de governo.

A partir desta definição, quais são as políticas que sustentam e norteiam as ações? Quais são seus princípios teóricos e seus responsáveis? É imprescindível que as políticas públicas não proíbam o tratamento ou atenção ao usuário de drogas ou comprometam o acesso, a qualidade e extensão do tratamento que lhe é oferecido.

Aconselhamento

O aconselhamento é entendido como "um processo de escuta ativa individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando resgatar os recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação". (Brasil, 1998)

Tido como um instrumento importante para a quebra na cadeia de transmissão das DST, o aconselhamento auxilia o paciente a compreender a relação existente entre o seu comportamento e o problema de saúde que está apresentando, e também a reconhecer os recursos que tem para cuidar da sua saúde e evitar novas infecções.

Isso pressupõe o reconhecimento pelo profissional de saúde de que o sucesso a ser alcançado depende da ação conjunta de ambos, profissional e paciente. Implica, portanto, a participação ativa do paciente no processo terapêutico e na promoção de um diálogo:

- por um lado, há o profissional com seu saber técnico científico, suas crenças, valores e suas possibilidades e limites em manejar/conduzir cada caso, e
- por outro lado, há o paciente com seu saber, crenças, valores e suas possibilidades e limites em adotar medidas preventivas e seguir as prescrições médicas.

Objetivos do aconselhamento

Na medida em que, no processo de aconselhamento, a "demanda" do paciente, entendida como suas necessidades, dúvidas, preocupações, medos, angústias, etc., relacionadas ao seu problema de saúde, é identificada e acolhida, torna-se possível o desenvolvimento de uma relação de confiança e a promoção de apoio emocional. Dessa forma, o nível de estresse do paciente é reduzido, propiciando as condições para o alcance dos seguintes objetivos:

- trocar informações sobre DST, HIV e AIDS, suas formas de transmissão, prevenção e tratamento;
- realizar avaliação de riscos, permitindo a compreensão/consciência a respeito dos riscos pessoais de infecção para a DST atual e para o HIV;
- identificar os limites e as possibilidades existentes para a adoção de medidas preventivas, estimulando o cuidado de si e dos parceiros;
- promover a adesão ao tratamento;
- promover a comunicação e tratamento do(s) parceiro(s) sexual(is).

Aconselhamento individual e de grupo

O aconselhamento pode ser realizado tanto em grupo como individualmente. Na abordagem coletiva, as questões comuns expressadas pelos participantes devem nortear o conteúdo a ser abordado. Nesse sentido, a identificação da demanda do grupo é fundamental.

No grupo, as pessoas têm a oportunidade de redimensionar suas dificuldades ao compartilhar dúvidas, sentimentos, conhecimentos, etc. Em algumas circunstâncias, essa abordagem pode provocar alívio do estresse emocional vivenciado pelos pacientes. A dinâmica grupal também pode favorecer o indivíduo a perceber sua própria demanda, a reconhecer o que sabe e sente, estimulando sua participação nos atendimentos individuais subseqüentes.

Os grupos realizados em sala de espera podem ser um exemplo dessa abordagem, grupos nos quais os pacientes podem conversar, tirar dúvidas e interagir de forma mais aberta, grupos em sala de espera são úteis tam-

bém por otimizarem o tempo que o usuário passa no serviço de saúde. Os grupos podem também ser realizados em datas e locais específicos, caso os profissionais e pacientes percebam que o espaço da sala de espera não permite este tipo de interação, principalmente por ser um espaço aberto que não oferece muita privacidade para abordar questões mais íntimas e pessoais.

É importante, entretanto, que o profissional esteja atento para perceber os limites que separam as questões que devem ser abordadas no espaço grupal daquelas pertinentes ao atendimento individual.

Procedimentos básicos do aconselhamento

- reafirmar a confidencialidade e o sigilo das informações prestadas;
- identificar com clareza a demanda do cliente;
- prestar apoio emocional ao cliente, facilitando a expressão de seus sentimentos;
- identificar as crenças e os valores do cliente acerca das DST, HIV e AIDS, trocando informações específicas sobre as mesmas ;
- utilizar linguagem compatível com a cultura do cliente;
- avaliar com o paciente seu histórico de outras DST e as situações de risco que culminaram nesta DST;
- reforçar a necessidade da adoção de práticas mais seguras para a redução de riscos;
- explicar as complicações decorrentes de não realizar o tratamento, ou do tratamento ser incompleto ou da automedicação;
- reforçar a necessidade de retorno ao serviço se não houver melhora ou sempre que apresentar algum sintoma;
- reforçar a necessidade do tratamento do(s) parceiro(s) sexual(is);
- ajudar o paciente a avaliar e perceber seus riscos de infecção pelo HIV e outras DST, identificando suas barreiras para a mudança dessas situações;
- discutir a elaboração de um plano viável de redução de riscos e de transmissão do HIV e outras infecções relacionadas;
- explicar o benefício e demonstrar o uso correto do preservativo;
- lembrar que o uso de álcool e outras drogas, lícitas ou ilícitas, pode alterar a percepção de risco e a adesão ao tratamento ARV;
- favorecer a desconstrução de estigmas, mitos e preconceitos relacionados às DST e HIV e AIDS;
- encaminhar o cliente para outros serviços de assistência, incluindo grupos comunitários de apoio, quando necessário;
- enfatizar a relação entre DST e HIV e AIDS, principalmente o fato de uma DST facilitar a transmissão do HIV, qualquer que seja ela;
- enfatizar a importância da saúde e bem estar mental para o tratamento efetivo do HIV/AIDS;
- oferecer testagem anti-HIV e aconselhamento pré e pós-teste.

Aconselhamento pré-teste

- reafirmar o caráter voluntário e confidencial da testagem;
- avaliar com o paciente a pertinência de realizar ou não o teste;
- avaliar com o paciente a realização ou não do teste;
- verificar história anterior de testagem e riscos;
- trocar informações sobre o sistema de teste e o conceito de "janela imunológica";
- trocar com o paciente informações sobre o significado dos possíveis resultados do teste;
- reforçar para o paciente a diferença entre HIV e AIDS;
- considerar com o paciente o impacto em sua vida dos possíveis resultados do teste;

- sondar qual o apoio emocional e social disponível ao cliente (família, parceiros, amigos, trabalho e outros);
- considerar com o paciente possíveis reações emocionais no período de espera do resultado do teste;
- reforçar a necessidade da adoção de práticas seguras frente ao HIV, também neste período.

Aconselhamento pós-teste com resultado negativo

- informar que um resultado negativo significa que a pessoa não está infectada ou foi infectada tão recentemente que não produziu anticorpos necessários para detecção pelo teste utilizado;
- avaliar a possibilidade do paciente estar em "janela imunológica" e necessitar de um novo teste;
- lembrar que um resultado negativo não significa imunidade;
- reforçar as práticas seguras já adotadas ou a serem adotadas pelo cliente frente ao HIV;
- educar o paciente sobre o uso exclusivo de equipamentos para o consumo de drogas injetáveis e demonstrar o método correto de limpeza e desinfecção de seringas e agulhas.
- prover informações sobre serviços de atendimento para usuários de drogas e tratamento da dependência, quando o paciente expressa interesse em diminuir ou parar o consumo de drogas.

Aconselhamento pós-teste com resultado positivo:

- permitir o tempo necessário para que o paciente assimile o impacto do diagnóstico e expresse seus sentimentos;
- conversar sobre sentimentos e dúvidas, prestando o apoio emocional necessário;
- estar atento para o manejo adequado de sentimentos comuns, tais como raiva, ansiedade, depressão, medo, negação e outros;
- desmistificar sentimentos que associam HIV/AIDS a culpa, punição, rejeição, degenerescência, morte, e outros;
- enfatizar que um resultado positivo significa que a pessoa é portadora do vírus, podendo ou não estar com a doença desenvolvida;
- enfatizar que mesmo sendo um portador assintomático pode transmitir o vírus para outros - reforçar a necessidade da adoção de práticas seguras para a redução de riscos de re-infecção pelo HIV e outras DST;
- prover informações sobre serviços de atendimento para usuários de drogas e tratamento da dependência, quando o paciente expressa interesse em diminuir ou parar o consumo de drogas.
- reforçar a importância de acompanhamento médico, ressaltando que a infecção é controlável;
- reforçar o benefício e demonstrar o uso correto do preservativo, caso ainda haja dúvidas;
- reforçar os benefícios do uso exclusivo de equipamentos para o consumo de drogas injetáveis e demonstrar o método correto de limpeza e desinfecção de seringas e agulhas;
- enfatizar a necessidade do resultado ser comunicado ao(s) parceiro(s) sexual(is) oferecendo ajuda, caso seja solicitada;
- orientar quanto à necessidade do(s) parceiro(s) realizarem o teste anti-HIV;
- definir com o paciente os serviços de assistência necessários, incluindo grupos comunitários de apoio;
- em caso de gestante explicar:
 - as formas de transmissão vertical do HIV (da gestante para o feto), que podem ocorrer durante a gestação, parto ou aleitamento e como é possível minimizar estas chances;

- a transmissão dos anticorpos maternos e o processo de soroconversão no recém-nascido;
- os riscos da amamentação; e
- a necessidade de realizar o teste de todos os filhos nascidos após a infecção.

No caso de aconselhamento para pacientes usuários de drogas, é importante que o profissional tenha uma escuta qualificada para estudar, junto à descrição dada pelo paciente, como está o padrão de uso de drogas: qualidade da droga que usa, tipo de droga, poli-uso, frequência, modo de administração.

Alguns pacientes, por exemplo, com história de *overdose*¹⁴, podem ser atendidos em terapias breves, com número pré-determinado de sessões, todas de curta duração e com foco bastante específico: o que o levou à *overdose*? Uso combinado com outras drogas? Má qualidade da droga? Dificuldade na ingestão? Enfim, uma intervenção focada, nos moldes de uma terapia breve (com paciente e profissional de saúde face-a-face) e técnicas de controle comportamental – diários, registros, planilhas, visitas sistemáticas, pode ser benéfica e prevenir outros episódios futuros ou motivar o paciente a diminuir ou modificar seu consumo.

Em geral, acontecimentos intensos, tais como a overdose, perda de alguém próximo ou de um usuário amigo, auxiliam na tomada de decisão para maiores cuidados, e muitas vezes sensibilizam o usuário para novas atitudes e uma iniciativa mínima para mudança e eventual tratamento da dependência de drogas.

14 *Overdose* (sobredosagem) o uso de qualquer medicamento em tal quantidade que produz efeitos adversos agudos físicos ou mentais. *Overdose* proposital é um meio comum do suicídio e tentativa de suicídio. Em números absolutos, as *overdoses* dos medicamentos lícitos são geralmente mais comuns que os das drogas ilícitas. A *overdose* pode produzir efeitos transitórios ou duradouros, ou a morte; a dose letal de um medicamento particular varia com o indivíduo e com circunstâncias.
http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

CONCLUSÃO

- Todo paciente HIV+ deve ser avaliado quanto ao seu uso de drogas lícitas e ilícitas, saúde mental e co-infecções.
- Todo usuário de drogas seja avaliado quanto aos comportamentos de maior risco frente à infecção pelo HIV, possível infecção pelo HIV, práticas de risco para a disseminação da infecção, aspectos relativos à saúde mental e co- infecções.
- Pacientes HIV+ usuários de drogas requerem atenção especial quanto às medidas para a redução de danos, tratamento da dependência e de distúrbios mentais associados.
- O tratamento antiretroviral deve levar em conta as interações medicamentosas, estilos de vida, apoio familiar e comunitário e fatores de risco para a não-adesão.
- Os profissionais precisam ter noções mínimas sobre estas áreas para melhor atenderem estes pacientes.
- Pacientes HIV+ usuários de drogas não devem ser discriminados e devem receber tratamento integral para a gama de problemas que se apresentarem.

O profissional de saúde tem sua formação específica, suas crenças pessoais e valores morais que norteiam sua prática. Na prática, o que se vê é um preparo pessoal aquém da demanda intensa e da diversidade dos pacientes que chegam aos serviços. Embora tenha sido treinado para um distanciamento e uma forma técnica de se relacionar, ao deparar-se com o paciente usuário de drogas, muitos profissionais de saúde sentem-se despreparados para atender às múltiplas demandas e necessidades destes pacientes, os quais geralmente necessitam de um atendimento mais global e de um constante apoio psico-social ao longo do tratamento médico (Malta et al, 2003).

O paciente que usa drogas provoca em cada profissional, reações muito diversificadas: preocupação, compaixão, medo, desconfiança, julgamento moral, identificação inconsciente com usuários da família ou do círculo de amigos; a dependência ainda é vista como “mera questão de força-de-vontade” dentre os profissionais da área de saúde. Médicos, farmacêuticos, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, enfermagem, e mesmo os profissionais da área administrativa não estão imunes às reações discriminatórias diante de pacientes que trazem demandas tão complexas.

As desigualdades sociais se refletem e se manifestam na relação profissional de saúde-paciente, e destes com o serviço de saúde. Não se pode esquecer que a saúde não é mera ausência de doença, mas um processo de construção de projetos significativos de vida, a pessoa saudável entendida como uma pessoa capaz de trabalhar ou acionar recursos para atingir seus objetivos (Dejours, 1986).

Muitos pacientes relatam que começaram a modificar a vida, para melhor, depois do diagnóstico de HIV+ (Collins et al., 2001). Vários agentes que trabalham na prevenção através da redução de danos começam a se articular na sociedade de modo relevante e promovendo vínculos significativos com pessoas que usam drogas, permitindo que estes reforcem sua condição de cidadãos, trazendo-os de volta à vida em comunidade.

Não é simples assimilar novas estratégias nos serviços de saúde pública: requer capacitação específica, supervisão constante e uma postura aberta a mudanças por parte dos profissionais de saúde, abrindo espaço para que os antigos paradigmas sejam alvos de dúvidas, frente às novas formas de abordagem, aos novos requisitos e descobertas na área de saúde.

Não é simples porque requer uma postura humanitária, ética e científica por parte dos profissionais de saúde. O atendimento integral e coordenado se apresenta como uma alternativa efetiva ao radicalismo prescritivo e à visão verticalizada da doença, lançando a possibilidade do paciente ser o protagonista de sua história.

BIBLIOGRAFIA

1. Agins B, Gourevitch M, Masci J, et al. Substance abuse treatment should be key component of HIV treatment plan. Experts explain some best-practice strategies. *AIDS Alert*; 16(7):81-83, 2001.
2. Angelino AF & Treisman GJ. Management of psychiatric disorders in patients infected with human immunodeficiency virus. *Clinical Infectious Diseases*;33(6):847-856, 2001.
3. Armstrong FD, Seidel JF, Swales TP. Pediatric HIV infection: A Neuropsychological and Education Challenge. *Journal of Learning Disabilities*; 26(2): 92-103, 1993.
4. Bangsberg DR, Hecht FM, Charlebois ED, et al. Adherence to protease inhibitors, HIV-1 viral load, and development of drug resistance in an indigent population. *AIDS*; 14(4):357-366, 2000.
5. Bertolote, JM (organizador). Glossário de termos de psiquiatria e saúde mental da CID-10 e seus derivados. Organização mundial da saúde (OMS) e Porto Alegre: Artes Medicas, 1997.
6. Bertolote, JM (tradutor). Glossário de álcool e drogas. Secretaria Nacional Antidrogas, Gabinete de Segurança Institucional, Governo Federal, Brasil, 2004.
7. Boccellari AA, Dilley JW, Chambers DB, et al. Immune function and neuropsychological performance in HIV-1-infected homosexual men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*;6(6):592-601, 1993.
8. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. Recomendações para Terapia anti-retroviral em Adultos e Adolescentes infectados pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
9. Brasil, Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS. Aderência ao tratamento por Anti-retrovirais. Ministério da Saúde, CN DST/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
10. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Aconselhamento em DST, HIV e AIDS: diretrizes e procedimentos básicos, 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
11. Bravo MJ. Infecciones de transmisión sanguínea o sexual entre las personas que se inyectan drogas y sus parejas en las Americas. Manual para profesionales de la salud. OPS, Washington, 2004.
12. Broadhead RS, Heckathorn DD, Altice FL, et al. Increasing drug users' adherence to HIV treatment: results of a peer-driven intervention feasibility study. *Social Science and Medicine*;55(2):235-246, 2002.
13. Celentano DD, Galai N, Sethi AK, et al. Time to initiating highly active antiretroviral therapy among HIV-infected injection drug users. *AIDS*; 15(13):1707-1715, 2001.
14. Chander G, Himelhoch S, Moore RD. Substance Abuse and Psychiatric Disorders in HIV-Positive Patients: Epidemiology and Impact on Antiretroviral Therapy. *Drugs*; 66(6):769-789, 2006.
15. Chesney MA, Ickovics JR, Chambers DB, et al. Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: the AACTG adherence instruments. Patient Care Committee & Adherence Working Group of the Outcomes Committee of the Adult AIDS Clinical Trials Group (AACTG). *AIDS Care*; 12(3):255-266, 2000.

16. Ciesla JA & Roberts JE. Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *American Journal of Psychiatry*;158(5):725-730, 2001.
17. Clarke S, Keenan E, Ryan M, et al. Directly observed antiretroviral therapy for injection drug users with HIV infection. *AIDS Read*;12(7):305-307, 312-316, 2002.
18. Cohn JA. HIV-1 infection in injection drug users. *Infect Dis Clin North Am* 16(3):745-770, 2002.
19. Collins RL, Kanouse DE, Gifford AL, et al. Changes in health-promoting behavior following diagnosis with HIV: prevalence and correlates in a national probability sample. *Health Psychology*;20(5):351-360, 2001.
20. Cramer JA & Mattson RH. Monitoring compliance with antiepileptic drug therapy. In: Cramer, JA, Spilker B eds. *Patient compliance in medical practice and clinical trials*. New York: Raven Press, 1991:123-137.
21. Dejours C. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 54(14): 7-11, 1986.
22. Des Jarlais DC, Friedman SR, Perlis T, et al. Risk behavior and HIV infection among new drug injectors in the era of AIDS in New York City. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*;20(1):67-72, 1999.
23. Di Matteo MR, Di Nicola DD. *Achieving Patient Compliance*. New York, NY: Pergamon Press, 1982.
24. Farmer KC. Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clinical Therapeutics*; 21(6):1074-1090, 1999.
25. Fitzgerald DW, Maxi A, Marcelin A, et al. Notification of positive HIV test results in Haiti: can we better intervene at this critical crossroads in the life of HIV-infected patients in a resource-poor country? *AIDS Patient Care STDS*;18(11):658-664, 2004.
26. Gallego L, Gordillo V, Catalan J. Psychiatric and Psychological Disorders associated to HIV Infection. *AIDS Reviews*; 2(1):48-60, 2000. (<http://www.aidsreviews.com>)
27. Hagan H & Des Jarlais DC. HIV and HCV infection among injecting drug users. *Mt Sinai J Med*;67(5-6):423-428, 2000.
28. Horne R & Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*;47(6):555-567, 1999.
29. Ingersoll K. The impact of psychiatric symptoms, drug use, and medication regimen on non-adherence to HIV treatment. *AIDS Care*;16(2):199-211, 2004.
30. Kaplan EM. Antidepressant noncompliance as a factor in the discontinuation syndrome. *Journal of Clinical Psychiatry*;58(Suppl 7):31-35, 1997.
31. Kerr T, Marshall A, Walsh J, et al. Determinants of HAART discontinuation among injection drug users. *AIDS Care*;17(5):539-549, 2005.
32. Knowlton AR, Hoover DR, Chung SE, et al. Access to medical care and service utilization among injection drug users with HIV/AIDS. *Drug and Alcohol Dependence*;64(1):55-62, 2001.
33. Koutsilieri E, Scheller C, Sopper S et al. Psychiatric Complication in Human Immunodeficiency Virus Infection. *Journal of Neurovirology*; 8(2)129-133, 2002.
34. Leite SN & Vasconcelos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*; 8(3):775-782, 2003.
35. Lima HMM. The rejection of health professionals to Harm Reduction in São Paulo, Brazil. *Barcelona, XIV International Conference*, 2002.
36. Lyketsos CG, Hanson AL, Fishman M, et al. Manic syndrome early and late in the course of HIV. *American Journal of Psychiatry*;150(2):326-327, 1993.
37. Lyketsos CG, Schwartz J, Fishman M, Treisman G. AIDS mania. *Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*;9(2):277-279, 1997.
38. Malta M, Carneiro-da-Cunha C, Kerrigan D, et al. Case management of human immunodeficiency virus-infected injection drug users: a case study in Rio de Janeiro, Brazil. *Clinical Infectious Diseases*; 37 (Suppl 5):S386-391, 2003.

39. Mamidi A, DeSimone JA, Pomerantz RJ. Central Nervous System Infection in Individuals with HIV-1 Infection. *Journal of Neurovirology*; 8(3):158-167, 2002.
40. Martin DJ, Riopelle D, Steckart MJ, et al. Support group participation, HIV viral load and sexual-risk behavior. *American Journal of Health Behavior*; 25(6):513-27, 2001.
41. McKinney MM & Marconi KM. Delivering HIV services to vulnerable populations: a review of CARE Act-funded research. *Public Health Reports*; 117(2):99-113, 2002.
42. Mesquita F, Doneda D, Gandolfi D, et al. Brazilian Response to the Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome Epidemic among Injection Drug Users. *Clinical Infectious Diseases*; 37 (Suppl 5):S382-385, 2003.
43. New York State Department of Health. Promoting GYN care for HIV infected women. New York, AIDS Institute, 2000.
44. Nunnally JC & Bernstein IH. *Psychometric theory*, 3rd ed. New York. Mc Graw-Hill, 1994.
45. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artmed, 1993.
46. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Classificação Estatística Internacional de Doenças*. (<http://www.who.int/classifications/icd/en/>)
47. Organização Mundial de la Salud (OMS). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*, Washington DC, OPS, 2005.
48. Palepu A, Horton NJ, Tibbetts N, et al. Uptake and adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected people with alcohol and other substance use problems: the impact of substance abuse treatment. *Addiction*;99(3):361-388, 2004.
49. Paterson DL, Swindells S, Mohr J, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of internal medicine*;133(1):21-30, 2000.
50. Project Inform. "AIDS Dementia Complex." April 2002. (<http://www.projinf.org/fs/dementia.html>)
51. Remien RH, Bastos FI, Berkman A, et al. Universal access to antiretroviral therapy may be the best approach to 'Do no harm' in developing countries: the Brazilian experience. *AIDS*;17(5):786-787, 2003.
52. Rhodes T, Quirk A. Drug users' sexual relationships and the social organisation of risk: the sexual relationship as a site of risk management. *Soc Sci Med*;46(2):157-169, 1998.
53. Rolfs RT, Goldberg M, Sharrar RG. Risk factors for syphilis: cocaine and prostitution. *American Journal of Public Health*; 80(7):853-857, 1990.
54. Stern RA, Perkins DA, Evans DL. Neuropsychiatric Manifestations of HIV-1 Infection and AIDS. In *Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress*. Edited by F.E. Bloom & D.J. Kupfer. New York: Raven Press Ltd, 2000.
55. Treisman GJ, Angelino AF, Hutton HE. Psychiatric Issues in the Management of Patients with HIV Infection. *JAMA: Journal of the American Medical Association*; 286(22):2857-64, 2001.
56. van Empelen P, Kok G, van Kesteren NM, et al. Effective methods to change sex-risk among drug users: a review of psychosocial interventions. *Soc Sci Med*;57(9):1593-1608, 2003.
57. Vitolins MZ, Rand CS, Rapp SR, et al. Measuring adherence to behavioral and medical interventions. *Controlled clinical trials*;21(5 Suppl):188S-194S, 2000.
58. Vlahov D & Celentano DD. Access to highly active antiretroviral therapy for injection drug users: adherence, resistance, and death. *Cadernos de Saúde Publica*;22(4):705-718, 2006.
59. Webb DG, Horne R, Pinching AJ. Treatment-related empowerment: preliminary evaluation of a new measure in patients with advanced HIV disease. *International Journal of STD & AIDS*; 12(2):103-107, 2001.
60. Weiden P. Adherence to antipsychotic medication: key facts. *Schizophrenia Home Page*, 2002 (<http://www.schizophrenia.com/ami/coping/noncompli2.html>).

61. Whitefield SG, Everett AS, Rein MF. Mania and AIDS. *American Journal of Psychiatry*; 149(4):583-584, 1992.
62. Wood E, Montaner J, Braitstein P et al. Elevated rates of antiretroviral treatment discontinuation among HIV-infected injection drug users: implications for drug policy and public health. *International Journal of Drug Policy*; 15(2):133-138, 2004.



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**



Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde

**525 Twenty-third Street, N.W.
Washington D.C. 20037**

www.paho.org