

Consumo de álcool de pessoas vivendo com HIV e suas implicações para os desfechos clínicos

Alcohol consumption in people living with HIV and its implications for clinical outcomes

Alanis Lisboa Mesquita¹ , Elizabete Santos Melo¹ , Christefany Régia Braz Costa¹ , Priscila Silva Pontes¹ , Elucir Gir¹ , Renata Karina Reis¹ 

RESUMO

Objetivou-se analisar a prevalência do consumo de álcool em pessoas vivendo com HIV e sua associação com os desfechos clínicos. Trata-se de um estudo transversal, analítico, realizado com pessoas que vivem com HIV em tratamento ambulatorial no município de Ribeirão Preto, SP. Realizou-se entrevista com instrumento sociodemográfico e clínico e com o *Cuestionario para La Evaluación de La Adhesión al Tratamiento Antirretroviral*. Para análise dos dados utilizou-se os Testes Qui-quadrado, Exato de Fisher e regressão logística, adotando $p < 0,05$. Dos 340 participantes, a prevalência do consumo de álcool foi 40,6%, dos quais 35% apresentavam consumo leve e moderado e 5,6% alto. Identificou-se que pessoas com carga viral detectável tem 1,76 vezes mais chance ($p = 0,04$; IC95% 1,00–3,05) de consumir álcool. O estudo evidenciou uma alta prevalência de consumo de álcool entre pessoas que vivem com HIV e o desfecho clínico que apresentou associação com o alto consumo de álcool foi a carga viral.

Descritores: HIV; Carga Viral; Adesão à Medicação; Enfermagem.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the prevalence of alcohol consumption among people living with HIV and its association with clinical outcomes. It is an analytical, cross-sectional study, carried out with people living with HIV in outpatient treatment in the municipality of Ribeirão Preto, SP. An interview was carried out using a sociodemographic instrument, a clinical instrument, and the *Cuestionario para La Evaluación de La Adhesión al Tratamiento Antirretroviral* (Assessment of Adherence to Antiretroviral Therapy Questionnaire). Chi-squared test, Fisher's Exact test, and logistical regression, adopting $p < 0.05$, were used for data analysis. Of the 340 participants, the prevalence of alcohol consumption was 40.6%, of whom 35% presented low to moderate consumption and 5.6% high consumption. It was identified that people with detectable viral load have 1.76 times more chance of consuming alcohol ($p = 0.04$; 95%CI 1.00–3.05). The study showed a high prevalence of alcohol consumption among people living with HIV and the clinical outcome presenting an association with high consumption was viral load.

Descriptors: HIV; Viral Load; Medication Adherence; Nursing.

¹Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mails: alanis.mesquita@usp.br, elizabetemelo@usp.br, christefany.costa@usp.br, priscilapontes@usp.br, egir@ceerp.usp.br, rkreis@ceerp.usp.br

Como citar este artigo: Mesquita AL, Melo ES, Costa CRB, Pontes PS, Gir E, Reis RK. Consumo de álcool de pessoas vivendo com HIV e suas implicações para os desfechos clínicos. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 2020 [acesso em: _____];22:56418. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v22.56418>.

Recebido em: 20/12/2018. Aceito em: 22/04/2020. Publicado em: 05/12/2020.

INTRODUÇÃO

Atualmente, as pessoas que vivem com HIV (PVHIV) têm apresentado maior prevalência e frequência de distúrbios psiquiátricos, dentre as quais se destaca o consumo de substâncias psicoativas⁽¹⁾.

O álcool é a substância psicoativa mais comumente utilizada e está associada a comportamentos sexuais de alto risco, influenciando o comportamento das pessoas e conferindo maior vulnerabilidade à ocorrência de infecções sexualmente transmissíveis (IST), incluindo o HIV⁽²⁾. Estudos mostram que o consumo de álcool entre PVHIV é alto, podendo ser o dobro da população em geral⁽³⁾.

O Centro de Pesquisa Americano sobre o Álcool em HIV recomenda que as PVHIV minimizem ou abstenham-se totalmente de consumir bebidas alcoólicas, uma vez que seu consumo impede o controle da infecção, devido a redução da contagem de linfócitos TCD4+, dificuldades de adesão à medicação e, conseqüentemente, de supressão da carga viral^(4,5). Além disso, o consumo de álcool pode aumentar o risco dos indivíduos se tornarem resistentes à Terapia Antirretroviral (TARV)⁽⁶⁾.

Outros estudos afirmam, ainda, que as PVHIV utilizam o álcool para proporcionar alívio do estresse, visto que pode atenuar o seu estado mental, facilitando o enfrentamento do estigma e preconceito advindos da infecção pelo HIV⁽³⁾.

Assim, a Organização Mundial da Saúde alerta que o consumo de álcool torna-se um transtorno quando o indivíduo apresenta dificuldades para controlar o consumo, fica preocupado com o álcool, continua a fazer uso mesmo quando já lhe causa algum problema, passa a ingerir maiores quantidades para obter efeito ou passa a sentir sintomas de abstinência quando diminui bruscamente a bebida⁽⁷⁾.

Portanto, a avaliação do consumo de álcool apresenta importância clínica e torna-se um problema de saúde pública, principalmente em populações mais vulneráveis, tais como as PVHIV⁽³⁾. No Brasil são escassos os estudos sobre essa temática, principalmente com relação a prevalência, caracterização do consumo de álcool e sua implicação na adesão ao tratamento, contagem de células TCD4+, carga viral e outras características clínicas específicas da infecção pelo HIV.

Assim, este estudo tem como objetivo analisar a prevalência do consumo de álcool em pessoas vivendo com HIV e sua associação com os desfechos clínicos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, analítico, realizado nos ambulatórios de Serviço de Atendimento Especializado (SAE) no atendimento às pessoas que vivem com HIV no município de Ribeirão Preto, SP, no período de março de 2014 a outubro de 2016. Os ambulatórios representam os cinco distritos sanitários do município de Ribeirão Preto, SP, e integram o Sistema Único de Saúde (SUS).

Inicialmente realizou-se um cálculo amostral, o qual foi baseado no número de indivíduos em uso de TARV atendidos nos serviços de referência do município estudado. Para o cálculo do tamanho amostral foi utilizado a seguinte fórmula: $n = \frac{Z^2 \cdot (P \cdot Q)}{d^2}$, onde n é o tamanho amostral, Z é a variável reduzida para um $\alpha = 5\%$, $P = 50\%$ e um nível de precisão $d = 5\%$, foi feita correção para uma população finita, o que resultou em um tamanho amostral de 340. A amostragem foi não probabilística, ou seja, os participantes foram recrutados à medida que compareciam ao serviço.

Foram incluídos no estudo indivíduos com idade maior ou igual a 18 anos, sabidamente soropositivos ao HIV em uso da TARV há pelo menos seis meses. Constituíram como critério de exclusão aqueles em situações de confinamento tais como presidiários, institucionalizados ou residentes em casas de apoio, e gestantes. Foram recrutadas 374 pessoas, até chegar na amostra pretendida.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais, em salas do próprio ambulatório, antes ou após a consulta médica ou de enfermagem, pelas próprias pesquisadoras e por auxiliares de pesquisa devidamente treinados. Esse treinamento objetivou reduzir os riscos de viés na aplicação do instrumento e orientar os procedimentos dos entrevistadores, bem como evitar interpretações equivocadas ou díspares que pudessem comprometer os resultados. Assim, os indivíduos ao chegarem no serviço, eram convidados a participar do estudo e orientados sobre objetivo da pesquisa. Nesse momento, era realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que então era assinado por quem tinha interesse em participar.

Após a assinatura do TCLE, a coleta de informações seguia duas etapas: a primeira era a entrevista, onde foram questionados aos pacientes os dados sociodemográficos e clínicos, com duração de cerca de 30 a 40 minutos. A entrevista acontecia uma única vez e não foi realizada gravações. Logo após, no prontuário, foram coletadas informações clínicas referentes ao tempo de diagnóstico para o HIV, tempo de uso da TARV e últimos exames laboratoriais de contagem de células TCD4+ e carga viral.

Um instrumento semiestruturado de caracterização foi construído especificamente para o estudo, e continha as seguintes variáveis: sociodemográficas – sexo (masculino/feminino), idade (em anos completos), escolaridade (anos completos de estudo); e clínicas específicas da infecção pelo HIV – tempo de diagnóstico (calculado pela diferença entre a data da entrevista e a data do diagnóstico médico da infecção), tempo de TARV (calculado pela diferença entre a data da entrevista e a data do início do tratamento medicamentoso), contagem de células TCD4+ e carga viral (pelos últimos exames laboratoriais contidos no prontuário, que não ultrapassavam o período máximo de um ano).

O uso do álcool foi autorrelatado e avaliou-se a ingestão (sim/não) e a frequência semanal (uma vez, duas vezes, três vezes ou mais de três vezes). Para fins da análise do consumo, adotou-se a classificação leve/moderado para aqueles que bebiam de uma a três vezes por semana e alto para aqueles que faziam uso do álcool mais de três vezes por semana. Tais parâmetros foram escolhidos baseados no ponto de corte de estudos internacionais que avaliaram o consumo do álcool em pessoas vivendo com HIV^(5,8).

Considerou-se como desfecho clínico as variáveis que representam os indicadores clínicos relacionados com a infecção pelo HIV, tais como contagem de linfócitos TCD4+, carga viral e adesão à terapia antirretroviral.

Para a avaliação da adesão à terapia antirretroviral utilizou-se o *Cuestionario para La Evaluación de La Adhesión al Tratamiento Antirretroviral* (CEAT-VIH) na versão validada para o Brasil⁽⁹⁾.

Esse instrumento foi validado em vários países, com diferentes idiomas e culturas, inclusive no Brasil com indivíduos adultos, jovens e idosos, e tem se mostrado uma ferramenta útil, válida e confiável na medida de adesão ao tratamento do HIV entre amostras de diferentes idades, sexo, nível socioeconômico e educacional numa grande variedade de população de estudos⁽⁸⁾.

O CEAT-VIH é uma escala tipo Likert com 20 itens, que variam de um a cinco, em seu conjunto avaliam o grau de adesão ao tratamento antirretroviral. Quanto maior a pontuação, maior será o grau de adesão ao tratamento⁽⁹⁾. Para análise, agruparam-se os escores em dois grupos classificados em adesão boa/estrita (escore bruto ≥ 75) e baixa/insuficiente (escore bruto ≤ 74)⁽¹⁰⁾.

Utilizou-se estatística descritiva para caracterização sociodemográfica e clínica da amostra. Para associação entre o consumo de álcool e os desfechos clínicos foram realizados os testes de associação Qui-quadrado e Exato de Fisher. Foram consideradas significativas as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,05$.

Para avaliar a associação entre as variáveis clínicas e o consumo de álcool utilizou-se a análise de regressão logística. Para a seleção das variáveis independentes utilizou-se o *stepwise*, através do critério de Informação de Akaike (AIC). Com o intuito de avaliar a possibilidade de inclusão de mais alguma variável, foi utilizado o teste da Razão de Verossimilhanças, para comparar o modelo completo (todas as variáveis) e o modelo simplificado (variáveis escolhidas pelo AIC).

A partir do modelo escolhido foi calculado o Odds Ratio (OR) para cada uma das variáveis presentes. Todas as análises foram realizadas considerando-se o nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$) e por meio dos programas *Statistic Package for Social Sciences* (SPSS) versão 22.0 e R versão 3.4.3.

O estudo seguiu as recomendações da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Foi autorizado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob CAAE nº 34497414.0.0000.5393.

RESULTADOS

Participaram do estudo 340 PVHIV, dos quais 40,6% referiam fazer uso de álcool. Entre os participantes, a maioria pertencia ao sexo masculino (57,9%), estavam na faixa etária de 30 a 49 anos (55,6%) e tinham mais de oito anos de estudo (50,9%) (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas de pessoas que vivem com HIV. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2016.

Variáveis	Consumo álcool		
	Sim n (%)	Não n (%)	Total n (%)
	136 (40,6)	204 (59,4)	340 (100)
Sexo			
Masculino	96 (28,2)	101 (29,7)	197 (57,9)
Feminino	42 (12,4)	101 (29,7)	143 (42,1)
Idade (em anos)			
≤ 30	30 (8,8)	22 (6,5)	52 (15,3)
30H49	74 (21,8)	115 (33,8)	189 (55,6)
≥ 50	34 (10,0)	65 (19,1)	99 (29,1)
Escolaridade (em anos de estudo)			
< 8	57 (16,8)	110 (32,4)	167 (49,1)
≥ 8	81 (23,8)	92 (27,1)	173 (50,9)
Tempo de diagnóstico do HIV (em anos)			
< 5	56 (16,5)	65 (19,1)	121 (35,6)
5-10	24 (7,1)	38 (11,2)	62 (18,2)
11-20	45 (13,2)	87 (25,6)	132 (38,8)
> 20	13 (3,8)	12 (3,5)	25 (7,4)
Tempo de TARV* (em anos)			
< 5	71 (20,9)	82 (24,1)	153 (45,0)
5-10	25 (7,4)	43 (12,6)	68 (20,0)
11-20	40 (11,8)	75 (22,1)	115 (33,8)
> 20	02 (0,6)	02 (0,6)	04 (1,2)
Contagem de células TCD4+ (cell/mm ³)			
≥ 200	128 (37,6)	190 (55,9)	318 (93,5)
< 200	10 (2,9)	12 (3,5)	22 (6,5)
Carga viral (cópias/mL)			
≤ 40	104 (30,6)	171 (50,3)	275 (80,9)
> 40	34 (10,0)	31 (9,1)	65 (19,1)
Adesão a TARV			
Inadequada ou baixa	30 (8,8)	38 (11,2)	68 (20,0)
Boa ou estrita	108 (31,8)	164 (48,2)	272 (80,0)
Total			340 (100,0)

*TARV: Terapia Antirretroviral.

Quanto às variáveis clínicas, identificou-se que 53,8% tinham diagnóstico para o HIV a menos de 10 anos, o mesmo tempo foi observado em 65,0% para o uso da TARV. Além disso, 93,5% apresentavam contagem de linfócitos TCD4+ maior ou igual a 200 cell/mm³, 80,9% de carga viral indetectável e 80,0% foi classificado com adesão boa ou estrita (Tabela 1).

A análise bivariada analisou os desfechos clínicos associados ao consumo de álcool, e identificou-se que apenas a carga viral apresentou associação estatisticamente significativa com o consumo de álcool ($p=0,007$), conforme Tabela 2.

Na Figura 1 pode ser visualizado que aqueles com maior tempo de diagnóstico e de TARV estiveram relacionados com um alto consumo de álcool.

Na análise de regressão logística (Tabela 3), foi identificado que as pessoas que apresentam carga viral detectável (>40 cópias/mL) tem 1,76 vezes mais chance ($p=0,04$; IC95% 1,00–3,05) de consumir álcool.

DISCUSSÃO

Neste estudo identificou-se alta prevalência do consumo de álcool entre PVHIV corroborando com outras pesquisas realizadas com essa população no Brasil e no mundo, as quais também apontam alta prevalência de consumo de álcool, com taxas maiores que 50%⁽¹¹⁻¹³⁾.

Tal resultado aponta para importantes implicações relacionadas ao autogerenciamento destes indivíduos para o manejo da infecção pelo HIV ao longo da vida⁽¹⁴⁾, uma vez que o uso de substâncias psicoativas pode prejudicar o tratamento por diferentes mecanismos, inclusive o comportamental com a diminuição da adesão ao tratamento^(1,15).

Dentre os aspectos relacionados à infecção do HIV, o consumo de bebidas alcoólicas foi mais prevalente entre PVHIV com maior tempo de diagnóstico e de uso da TARV. Neste sentido, o uso do álcool pode ser considerado um mecanismo de enfrentamento, o qual pode auxiliar na redução do estresse por viver com uma condição crônica⁽³⁾.

Tabela 2. Desfechos clínicos associados ao consumo de álcool em pessoas que vivem com HIV. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2016.

Variáveis	Consumo de álcool				P
	Não	Leve /moderado	Alto	Total	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
	202 (59,4)	119 (35)	19 (5,6)	340 (100)	
Tempo de diagnóstico do HIV (em anos)					
<5	65 (32,2)	53 (44,5)	3 (15,8)	121 (35,6)	0,076 [§]
5–10	38 (18,8)	19 (16,0)	5 (16,3)	62 (18,2)	
11–20	87 (43,1)	36 (30,3)	9 (47,4)	132 (38,8)	
>20	12 (5,9)	11 (9,2)	2 (10,5)	25 (7,4)	
Tempo de TARV* (em anos)					
<5	82 (40,6)	66 (55,5)	5 (26,3)	153 (45,0)	0,073 [§]
5–10	43 (21,3)	21 (17,6)	4 (21,1)	68 (20,0)	
11–20	75 (37,1)	30 (25,2)	10 (52,6)	115 (33,8)	
>20	2 (1,0)	2 (1,7)	0 (00)	4 (1,2)	
Células TCD4+ (cell/mm ³)					
≥200	190 (94,1)	110 (92,4)	18 (94,7)	318 (93,5)	0,829 [§]
<200	12 (5,9)	9 (7,6)	1 (5,3)	22 (6,5)	
Carga viral (cópias/mL)					
≤40	171 (84,7)	91 (76,5)	13 (68,4)	275 (80,9)	0,007 [†]
>40	31 (15,3)	28 (23,5)	6 (31,6)	65 (19,1)	
Adesão					
Inadequada	38 (18,8)	24 (20,2)	06 (31,6)	68 (20,0)	0,412 [†]
Boa/Estrita	164 (81,2)	95 (79,8)	13 (68,4)	272 (80,0)	

*TARV: Terapia Antirretroviral; †Qui-Quadrado; §Exato de Fisher.

Outro aspecto importante encontrado na literatura sinaliza que o maior consumo também está presente entre aqueles que ainda não iniciaram o tratamento medicamentoso e ainda pode ser um fator para a busca tardia do tratamento da infecção pelo HIV⁽¹⁶⁾.

Do mesmo modo, outro estudo mostra que a abstinência e a redução do consumo são observadas concomitantes ao início da TARV⁽¹⁷⁾, o que pode ser reflexo das orientações acerca do tratamento ofertadas pelos profissionais de saúde.

Porém, achados que apontam um uso abusivo de bebidas alcoólicas entre aqueles que possuem maior tempo

de diagnóstico e de TARV, sugerem que após o alcance da supressão viral e adaptação à TARV, pode haver uma recidiva no consumo de álcool⁽¹⁸⁾. Os resultados deste estudo reforçam a importância do apoio psicossocial para o paciente ao longo do tratamento, visto que a adesão pode diminuir ao longo do tempo do tratamento após períodos prolongados^(1,15).

Em contrapartida, um estudo randomizado realizado em sites americanos na Inglaterra e no Noroeste do Pacífico com 110 PVHIV mostrou que, independentemente do nível de apoio social, as PVHIV com sintomas depressivos tendem a consumir álcool em episódios de angústia e que o mesmo está associado ao seu uso abusivo⁽¹⁹⁾.

Quanto ao desfecho clínico, identificou-se que as PVHIV que tinham carga viral detectável apresentaram mais chance de consumir álcool. Há evidências de que o consumo de álcool entre PVHIV relaciona-se também a falha de adesão à TARV, ao comportamento sexual de risco, ao aparecimento de infecções oportunistas e, ao conseqüente aumento da morbimortalidade^(1,15).

Estudos apontam a relação do não alcance da supressão viral e da alta suscetibilidade à resistência viral está ligada à redução do processo de metabolização dos antirretrovirais, uma vez que o etanol compete com os medicamentos nas ligações isoenzimáticas, a nível hepático, e possui interação com os antirretrovirais^(20,21).

Assim, diante das implicações geradas pelo álcool na vida de PVHIV, a saúde mental, incluindo consumo do álcool deve fazer parte da assistência integral à saúde dessa população, de modo a atender as necessidades dos indivíduos auxiliando-os no processo de autogestão, propiciando o empoderamento e a corresponsabilização pelo seu autocuidado.

O uso nocivo do álcool pode impactar negativamente as relações sociais, físicas e cognitivas⁽²¹⁾. Assim, destaca-se que as pessoas usuárias de álcool necessitam de atenção especializada por parte da equipe de saúde. Nessa perspectiva, os profissionais de saúde devem buscar o fortalecimento do vínculo entre PVHIV e seus familiares, assim como devem articular-se com as redes de atenção à saúde entre outros dispositivos de cuidado, como de assistência social e comunitárias para o alcance do cuidado integral às PVHIV.

Estudos evidenciam que o apoio oferecido pelos profissionais ainda é insuficiente^(15,22). O que sinaliza a necessidade de maior participação do sujeito no manejo do seu próprio cuidado e maior capacitação dos profissionais para atender esta demanda com vistas à promoção da saúde.

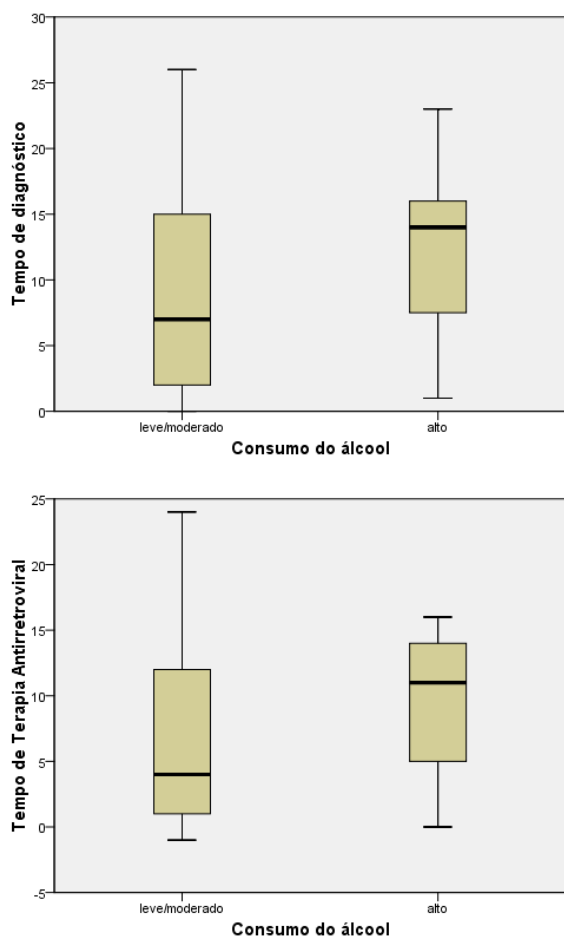


Figura 1. Boxplot do tempo de diagnóstico e do tempo de terapia antirretroviral em relação ao consumo de álcool em pessoas que vivem com HIV. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2016.

Tabela 3. Análise da regressão logística entre o desfecho clínico e o consumo de álcool em pessoas vivendo com HIV. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2016.

Variáveis	Odds Bruto	p	IC95%	β (EP)	Odds Ajustado	p	IC95%
Carga viral							
>40 cópias/mL	1,93	0,03	1,03–3,61	0,56 (0,28)	1,75	0,04	1,00–3,05

β : coeficiente de regressão logística; EP: erro padrão; IC95%: intervalo de confiança de 95%; $p < 0,05$.

Os resultados encontrados apresentam contribuição relevante para a assistência de enfermagem, pois reflete acerca da prática assistencial na perspectiva da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Além disso, pode auxiliar a ampliação do olhar do enfermeiro quanto à vulnerabilidade de PVHIV ao consumo de álcool, visando à redução de danos e a melhores desfechos clínicos, a partir de intervenções que considerem na assistência os aspectos biopsicossociais. Ademais, são poucos os estudos nacionais realizados por enfermeiros acerca do consumo de álcool e seu impacto nos desfechos clínicos em PVHIV.

Quanto à limitação, por se tratar de um estudo transversal, não há possibilidade do estabelecimento de relações temporais entre as variáveis. Outra limitação consistiu na inclusão de indivíduos ativos no acompanhamento em saúde, ou seja, somente os que comparecem às consultas; além de não ser questionado ao paciente o tipo de bebida alcoólica ingerida.

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou uma alta prevalência de consumo de álcool entre PVHIV. Além disso, os dados mostraram que aqueles com maior tempo de diagnóstico e de TARV estiveram relacionados com um alto consumo de álcool, e ter viral detectável apresentou associação com o alto consumo de álcool.

Os resultados deste estudo ratificam a importância da identificação de grupos mais propensos e vulneráveis ao álcool, que subsidiam a implementação de intervenções mais apropriadas visando à redução de danos decorrentes do consumo entre PVHIV.

Do mesmo modo, diante da escassez de trabalhos que abordem esta temática no Brasil, recomenda-se que novas discussões sejam fomentadas em outros estudos, a fim de avaliar, também, os indivíduos com baixa adesão, e verificar a sua associação com o uso do álcool. Assim, espera-se contribuir cada vez mais com o desenvolvimento de um corpo de conhecimento mais sólido que poderá subsidiar a melhoria do cuidado às PVHIV.

REFERÊNCIAS

1. Nouaman MN, Vinikoor M, Seydi M, Ekouevi DK, Coffie PA, Mulenga L, et al. High prevalence of binge drinking among people living with HIV in four African countries. *J Int AIDS Soc* [Internet]. 2018 [acesso em: 19 dez. 2018];21(12):e25202. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jia2.25202>. <http://doi.org/10.1002/jia2.25202>.
2. Omeje JC, Otu MS, Aneke AO, Adikwu VO, Nwaubani OO, Chigbu EF, et al. Effect of rational emotive health therapy on alcohol use among community-dwelling, HIV-positive patients. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2018 [acesso em: 19 dez. 2018];97(35):e11688. Disponível em: https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2018/08310/Effect_of_Rational_Emotive_Health_Therapy_on.2.aspx. <http://doi.org/10.1097/MD.00000000000011688>.
3. Williams EC, Joo YS, Lipira L, Glass JE. Psychosocial stressors and alcohol use, severity, and treatment receipt across human immunodeficiency virus (HIV) status in a nationally representative sample of US residents. *Subst Abus* [Internet]. 2017 [acesso em: 19 dez. 2018];38(3):269-77. Disponível em: <https://www.randonline.com/doi/full/10.1080/08897077.2016.1268238>. <http://doi.org/10.1080/08897077.2016.1268238>.
4. Crawford TN, Thornton AC. Alcohol use and multimorbidity among individuals living with HIV. *AIDS Behav* [Internet]. 2019 [acesso em: 19 jan. 2019];23:152-60. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-018-2242-y>. <http://doi.org/10.1007/s10461-018-2242-y>.
5. Williams EC, Hahn JA, Saitz R, Bryant K, Lira MC, Samet JH. Alcohol use and human immunodeficiency virus (HIV) infection: current knowledge, implications, and future directions. *Alcohol Clin Exp Res* [Internet]. 2016 [acesso em: 19 dez. 2018];40(10):2056-72. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/acer.13204>. <http://doi.org/10.1111/acer.13204>.
6. Kader R, Govender R, Seedat S, Koch JR, Parry C. Understanding the impact of hazardous and harmful use of alcohol and/or other drugs on ARV adherence and disease progression. *PLoS ONE* [Internet]. 2015 [acesso em: 19 dez. 2018];10(5):e0125088. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0125088>. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0125088>.
7. World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence. Investing in mental health: evidence for action [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [acesso em: 19 dez. 2018]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87232/9789241564618_eng.pdf;jsessionid=523F6B04347367E51C3FC8316AD35B26?sequence=1.
8. Williams EC, McGinnis KA, Edelman EJ, Matson TE, Gordon AJ, Marshall BDL, et al. Level of Alcohol Use Associated with HIV Care Continuum Targets in a National U.S. Sample of Persons Living with HIV Receiving Healthcare. *AIDS Behav* [Internet]. 2019 [acesso em: 30 mar. 2020];23(1):140-51. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10461->

- 018-2210-6#citeas. <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2210-6>.
9. Remor E. Systematic review of the psychometric properties of the questionnaire to evaluate the adherence to HIV therapy (CEAT-VIH). *Patient* [Internet]. 2013 [acesso em: 19 dez. 2018];6(2):61-73. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs40271-013-0009-0#citeas>. <http://doi.org/10.1007/s40271-013-0009-0>.
 10. Foresto JS, Melo ES, Costa CRB, Antonini M, Gir E, Reis, RK. Adesão à terapêutica antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em um município do interior paulista. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2017 [acesso em: 19 dez. 2018];38(1):e63158. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100406&lng=pt&tlng=pt. <http://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.63158>.
 11. Crane HM, McCaul ME, Chander G, Hutton H, Nance RM, Delaney JAC, et al. Prevalence and Factors Associated with Hazardous Alcohol Use Among Persons Living with HIV Across the US in the Current Era of Antiretroviral Treatment. *AIDS Behav* [Internet]. 2017 [acesso em: 19 dez. 2018];21(7):1914-25. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10461-017-1740-7#citeas>. <http://doi.org/10.1007/s10461-017-1740-7>.
 12. Wandeler G, Kraus D, Fehr J, Conen A, Calmy A, Orasch C, et al. The J-curve in HIV: Low and moderate alcohol intake predicts mortality but not the occurrence of major cardiovascular events. *J Acquir Immune Defic Syndr* [Internet]. 2016 [acesso em: 19 dez. 2018];71(3):302-9. Disponível em: https://journals.lww.com/jaids/Fulltext/2016/03010/The_J_Curve_in_HIV_Low_and_Moderate_Alcohol.9.aspx. <http://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000864>.
 13. Silva CM, Mendoza-Sassi RA, Mota LD, Nader MM, Martinez AMB. Alcohol use disorders among people living with HIV/AIDS in Southern Brazil: prevalence, risk factors and biological markers outcomes. *BMC Infect Dis* [Internet]. 2017 [acesso em: 19 dez. 2018];17(1):1-8. Disponível em: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-017-2374-0#citeas>. <http://doi.org/10.1186/s12879-017-2374-0>.
 14. Perazzo J, Weibel A. Alcohol use and HIV self-management. *J Assoc Nurses AIDS Care* [Internet]. 2017 [acesso em: 19 dez. 2018];28(2):295-9. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1055329016000455?via%3Dihub>. <http://doi.org/10.1016/j.jana.2016.02.006>.
 15. Santos VF, Pedrosa SC, Aquino PS, Lima ICV, Cunha GH, Galvão MTG. Social support of people with HIV/AIDS: the Social Determinants of Health Model. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [acesso em: 19 dez. 2018];71(supl 1):625-30. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/0034-7167-reben-71-s1-0625.pdf>. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0346>.
 16. Deiss RG, Mesner O, Agan BK, Ganesan A, Okulicz JF, Bavaro M, et al. Characterizing the association between alcohol and HIV virologic failure in a military HIV-infected cohort on antiretroviral therapy. *Alcohol Clin Exp Res* [Internet]. 2016 [acesso em: 19 dez. 2018];40(3):449-535. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5815520/>. <http://doi.org/10.1111/acer.12975>.
 17. Santos GM, Emenyonu NI, Bajunirwe F, Mocello AR, Martin JN, Vittinghoff E, et al. Self-reported alcohol abstinence associated with ART initiation among HIV-infected persons in rural Uganda. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2014 [acesso em: 19 dez. 2018];134(1):151-57. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0376871613004043?via%3Dihub>. <http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.09.025>.
 18. Wardell JD, Shuper PA, Rourke SB, Hendershot CS. Stigma, Coping, and Alcohol Use Severity Among People Living With HIV: A Prospective Analysis of Bidirectional and Mediated Associations. *Ann Behav Med* [Internet]. 2018 [acesso em: 19 dez. 2018];52(9):762-72. Disponível em: <https://academic.oup.com/abm/article-abstract/52/9/762/4822985?redirectedFrom=fulltext>. <http://doi.org/10.1093/abm/kax050>.
 19. Moitra E, Anderson BJ, Herman DS, Hayaki J, Pinkston MM, Kim HN, et al. Examination of using alcohol to cope, depressive symptoms, and perceived social support in persons with HIV and Hepatitis C. *AIDS Care* [Internet]. 2020 [acesso em: 30 mar. 2020];32:1238-45. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/citedby/10.1080/09540121.2020.1734177?scroll=top&needAccess=true>. <https://doi.org/10.1080/09540121.2020.1734177>.
 20. Chibanda D, Benjamin L, Weiss HA, Abas M. Mental, neurological, and substance use disorders in people living with HIV/AIDS in low- and middle-income countries. *J Acquir Immune Defic Syndr* [Internet]. 2014 [acesso em: 19 dez. 2018];67(Suppl 1):S54-S67. Disponível em: https://journals.lww.com/jaids/Fulltext/2014/09011/Mental,_Neurological,_and_Substance_Use_Disorders.7.aspx. <http://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000258>.
 21. Santos VF, Galvão MTG, Cunha GH, Lima ICV, Gir E. Alcohol effect on HIV-positive

- individuals: treatment and quality of life. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2017 [acesso em: 19 dez. 2018];30(1):94-100. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700014>.
22. Pedrosa SC, Fiuza MLT, Cunha GH, Reis RK, Gir E, Galvão MTG, et al. Social Support for People Living With Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em: 19 dez. 2018];25(4):e2030015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000400309&lng=en&tlng=en. <http://doi.org/10.1590/0104-07072016002030015>.

