



Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde
Mestrado e Doutorado - UNISUL

UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
ANDREIA RIBEIRO MOTA

**ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL E POTENCIAL INTERAÇÃO
MEDICAMENTOSA COM PSICOFÁRMACOS EM PESSOAS VIVENDO COM
HIV/AIDS ATENDIDAS NO CAPS AD**

Tubarão -SC 2021

ANDREIA RIBEIRO MOTA

**ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL E POTENCIAL INTERAÇÃO
MEDICAMENTOSA COM PSICOFÁRMACOS EM PESSOAS VIVENDO COM
HIV/AIDS ATENDIDAS NO CAPS AD**

Linha de Pesquisa: Investigação de agravos à saúde de origem infecciosa.

Projeto de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Fabiana Schuelter Trevisol

Tubarão -SC 2021

Andréia Ribeiro Mota é bióloga (2018) e enfermeira (2007), atua na Educação Básica desde 1998 (egressa por concurso público). Atualmente atua como professora de Ciências no Ensino Fundamental II na Educação de Jovens e Adultos (EJA), no município de Barra do Choça - Bahia, também atua como enfermeira assistencial desde 2014 (egressa por concurso público). Já trabalhou no Caps (Centro de Atenção Psicossocial) e atualmente atua na Atenção Básica no município de Vitória da Conquista - Bahia, pós-graduada em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

M87 Mota, Andreia Ribeiro, 1976 -
Adesão à terapia antirretroviral e potencial interação
medicamentosa com psicofármacos em pessoas vivendo com
HIV/AIDS atendidas no CAPS AD / Andreia Ribeiro Mota. – 2021.
49 f. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Sul de Santa Catarina,
Pós-graduação em Ciências da Saúde.

Orientação: Prof^ª. Dr^ª. Fabiana Schuelter Trevisol

1. Agentes antirretrovirais. 2. Interações medicamentosas. 3.
Psicotrópicos. 4. HIV (Vírus). I. Trevisol, Fabiana Schuelter. II.
Universidade do Sul de Santa Catarina. III. Título.

CDD (21. ed.) 616.9792061

Ficha catalográfica elaborada por Carolini da Rocha CRB 14/1215

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - MESTRADO

Título da Dissertação

Adesão à terapia antirretroviral e sua interação com psicofármacos em pessoas vivendo com HIV/aids

ANDRÉIA RIBEIRO MOTA

AUTOR

Aprovada pela Banca Avaliadora de Defesa da Dissertação em 30 de agosto de 2022.

Doutora Fabiana Schmelter Trevisol (Orientador)



Doutora Dayani Galato (Avaliador externo – UnB) - *presente por videoconferência*

Doutor Rafael Maziano de Bitencourt (Avaliador interno) - *presente por videoconferência*



Professora Doutora Gislaine Tezza Rezin

COORDINADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNISUL

SUMÁRIO

LISTAS.....	7
RESUMO.....	8
1 INTRODUÇÃO	10
1.1 REFERENCIAL TEÓRICO	11
1.1.1 Histórico do HIV	11
1.1.2 Estrutura e replicação do HIV	12
1.1.3 História Natural da Infecção pelo HIV	14
1.1.3 Uso de TARV	15
1.1.4 Transtornos Mentais e Necessidades do Uso de Psicofármacos.....	18
1.1.5 Psicofármacos.....	19
1.1.6 Interação medicamentosa (farmacocinética e farmacodinâmica).....	20
2 OBJETIVOS	23
2.1 OBJETIVO GERAL	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
3 MÉTODOS.....	24
3.1 TIPO DE ESTUDO	24
3.2 POPULAÇÃO, LOCAL, TEMPO E AMOSTRA.....	24
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	25
3.4 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO.....	25
3.5 COLETA DE DADOS	25
3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	26
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	27
4. ARTIGO	29
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS.....	31
ANEXOS	39
ANEXO 1 – APROVAÇÃO ÉTICA.....	39
ANEXO 2 – NORMAS DA REVISTA.....	46

LISTAS

Lista de Abreviaturas

AIDS – síndrome da imunodeficiência adquirida

ARV – antirretroviral

AZT – zidovudina

BA – Bahia

CAAV – Centro de Atenção e Apoio à Vida

CAPS AD – Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas

CDC – do inglês *Centers for Disease Control and Prevention*

CID – Código Internacional de Doenças

CV – Carga viral

DDI – do inglês *Drug-Drug Interaction*

DNA – ácido desoxirribonucleico

EUA – Estados Unidos da América

HIV –vírus da imunodeficiência humana

INSTI - inibidores da integrase

IP – Inibidor da protease

IST – infecções sexualmente transmissíveis

NNRTI - inibidor da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeo

NRTI - inibidores de transcriptase reversa análogos de nucleosídeos

PVHA – Pessoas vivendo com HIV e aids

RNA – ácido ribonucleico

SIV – vírus da imunodeficiência símia

SNC – sistema nervoso central

TARV – terapia antirretroviral

TCLE – termo de consentimento livre e esclarecido

UNISUL – Universidade do Sul de Santa Catarina

RESUMO

Introdução: A ocorrência de transtorno mental em pessoas que vivem com HIV/Aids é comum e convergente. Ambos os agravos necessitam de terapia farmacológica e potenciais interações farmacológicas podem ocorrer.

Objetivo: Avaliar a adesão à terapia antirretroviral e sua interação com psicofármacos em pessoas vivendo com HIV/aids no município de Vitória da Conquista (BA).

Métodos: Estudo epidemiológico observacional, com delineamento transversal e uso de dados secundários. Foram estudadas pessoas vivendo com HIV/aids em uso de terapia antirretroviral, em atendimento ambulatorial em serviço especializado em Vitória da Conquista e que utilizassem concomitantemente psicofármacos. Para isso, foi feito o rastreamento entre pacientes em atendimento no Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas.

Resultados: Dos 1.471 pacientes com HIV/aids do serviço, 63 pacientes foram incluídos, representando uma prevalência de 4,3% dos pacientes em uso de terapia antirretroviral e psicofármacos. A média de idade dos pacientes foi de 45,4 anos (DP 10,5) variando de 19 a 71 anos de idade. Houve predomínio na amostra de homens, assalariados, em uso de TARV entre 1 e 6 anos, com carga viral indetectável, contagem de linfócitos T CD4 acima de 500 células/mm³. A não adesão aos antirretrovirais foi estimada em 33,3%. O diagnóstico de transtorno mental predominante foi a dependência química, seguida de depressão. Do total, 34% apresentaram interações medicamentosas potenciais, com risco moderado, na maior farmacodinâmicas e duas contraindicações. Houve associação estatisticamente significativa entre o uso de maior número de psicofármacos e as interações medicamentosas potenciais.

Conclusão: Com base nos dados do estudo, observou-se baixa adesão à terapia antirretroviral e elevada prevalência de interações medicamentosas potenciais. O monitoramento terapêutico é fundamental para prevenir erros e garantir a segurança do paciente.

Palavras-chave: Adesão à Medicação; Antirretrovirais; Interações Medicamentosas; Psicotrópicos.

ABSTRACT

Introduction: The occurrence of mental disorder in people living with HiV/Aids is common, being one risk factor related to the other. Both conditions require pharmacological therapy, and potential drug interactions may occur.

Objective: To assess adherence to antiretroviral therapy and its interaction with psychotropic drugs in people living with HIV/AIDS in the city of Vitória da Conquista (BA).

Methods: Observational epidemiological study, with a cross-sectional design and use of secondary data. We studied people living with HIV/AIDS using antiretroviral therapy in outpatient care at a specialized service in Vitória da Conquista and who were concomitantly using psychotropic drugs. For this, the list of patients being treated at the Psychosocial Care Center for Alcohol and Drugs was crossed.

Results: Of the 1,471 patients with HIV/AIDS in the service, 63 patients were included, representing a prevalence of 4.3% of patients using antiretroviral therapy and psychotropic drugs. The mean age of patients was 45.4 years (SD 10.5) ranging from 19 to 71 years of age. There was a predominance in the sample of men, salaried, using ART between 1 and 6 years, with an undetectable viral load, CD4 T lymphocyte count above 500 cells/mm³. Non-adherence to antiretrovirals was estimated at 33.3%. The predominant mental disorder diagnosis was chemical dependence, followed by depression. Of the total, 34% had potential drug interactions, with moderate risk, most pharmacodynamics and two contraindications. There was a statistically significant association between the use of a greater number of psychotropic drugs and potential drug interactions.

Conclusion: Based on the study data, low adherence to antiretroviral therapy and high prevalence of potential drug interactions were observed. Therapeutic monitoring is essential to prevent errors and ensure patient safety.

Keywords: Medication Adherence; Antiretrovirals; Drug interactions; Psychotropics.

1 INTRODUÇÃO

A descoberta da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) e seu agente etiológico, o vírus da imunodeficiência humana (HIV), tornou-se um marco importante na história da saúde mundial no final do século XX. Apesar dos grandes avanços no conhecimento científico e nos planos preventivos e terapêuticos, esse problema ainda gera grande impacto na saúde pública¹.

Desde a introdução da terapia antirretroviral (TARV) foi possível perceber o controle da replicação viral e a evolução mais lenta da doença, gerando redução da morbimortalidade associada à aids e possibilitando que as pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA) tivessem maior expectativa e qualidade de vida². Embora a TARV seja responsável pela cronificação dos casos, com menor incidência de doenças oportunistas, seus efeitos adversos e riscos pelo uso contínuo também são evidenciados em boa parte das PVHA em tratamento farmacológico^{2,3}.

Em 2021 havia cerca de 28.7 milhões de PVHA em uso de TARV no mundo, com o objetivo de alcançar a meta 95-95-95, ou seja, que 95% dos infectados saibam seu status sorológico, 95% tenham acesso a TARV e 95% tenham a carga viral suprimida⁴. Atualmente, o Brasil possui cerca de 694.000 pessoas em uso de TARV oferecidas pelo Sistema Único de Saúde, o que representa uma cobertura de 81% das pessoas diagnosticadas com HIV no Brasil⁵.

O controle da infecção pelo HIV e da aids exige acompanhamento clínico permanente e uso contínuo de antirretrovirais. Assim, a adesão farmacológica é fundamental para o sucesso do tratamento; contudo, ela pode ser influenciada pela associação de diversos fatores, inerentes ou não às PVHA⁶. A falta de compreensão das informações sobre TARV refletem lacunas no conhecimento das PVHA, e esse cenário implica na possibilidade de o usuário usar irregularmente os antirretrovirais ou em doses insuficientes⁷. Com isso, o sucesso da terapia pode ficar comprometido, ocasionando limitação das opções de classes terapêuticas efetivas e possibilitando a transmissão de vírus multirresistentes, com consequências para o paciente e para a saúde pública⁸.

Ademais, PVHA podem apresentar outras comorbidades, entre as quais alterações psicológicas, psiquiátricas ou neurológicas, tanto pelo efeito deletério da doença, quando pelo estigma e preconceito ainda existente contra o HIV/aids^{9,10}. O transtorno mental por vezes requer uso de terapia farmacológica para o manejo das

manifestações clínicas, o que pode culminar em interações medicamentosas importantes¹¹.

Uma proporção de pessoas que vivem com HIV/Aids pode desenvolver distúrbios cerebrais, não apenas como complicações secundárias, mas também como um efeito direto do HIV. Os distúrbios cerebrais primários associados à infecção pelo HIV incluem a demência associada à doença pelo HIV ou o complexo de demência da aids e, com um grau menor de comprometimento cognitivo, o distúrbio cognitivo menor^{12,13}. Muitas vezes, os portadores desses transtornos necessitam do uso de psicofármacos, o que ocasiona em potencial interação medicamentosa com a TARV¹⁴. Na prática clínica, ao se considerar uma intervenção psicofarmacológica em PVHA em uso de TARV, deve-se levar em consideração que o uso concomitante de várias substâncias terapêuticas requer aprazamento, reconciliação medicamentosa e plano terapêutico bem definido. Isso determinará, por um lado, a existência de uma competição na ligação às proteínas plasmáticas e um aumento dos níveis plasmáticos dos fármacos e, por outro lado, a possibilidade de causar alterações no metabolismo das substâncias administradas¹⁵.

Neste contexto, as perguntas que norteiam esse estudo são: Qual é a taxa de adesão à TARV entre PVHA? Qual a prevalência do uso de psicofármacos entre pessoas vivendo com HIV em uso de TARV em Vitória da Conquista (BA)? E há interação medicamentosa potencial entre a TARV utilizada e as classes de psicofármacos prescritos?

1.1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1.1 Histórico do HIV

O HIV foi descoberto em 1983, dois anos após os primeiros casos de aids terem sido relatados, pelo grupo de Françoise Barré-Sinoussi e Luc Montagnier no Instituto Pasteur em Paris e, mais tarde, em 1984, pelo grupo de Robert Gallo no Instituto Nacional do Câncer em Bethesda, Estados Unidos da América (EUA). Depois de grande polêmica sobre a autoria da descoberta e as diferentes nomenclaturas propostas por cada um dos laboratórios, em 1986 o nome do vírus da imunodeficiência humana foi adotado¹⁶.

O HIV pertence à família dos Lentivírus e é classificado em dois tipos: HIV-1 e HIV-2, que têm homologia genética de 40-50% e organização genômica semelhante¹⁶. O HIV-1 é a causa da pandemia global da aids, enquanto o HIV-2, embora também possa causar aids, é considerado menos patogênico e com menor transmissibilidade. O HIV-2 está confinado principalmente a áreas da África Ocidental, embora alguns casos tenham sido detectados na Europa e nos EUA^{17,18}. Ambos os subtipos de HIV são o resultado de múltiplas transmissões entre espécies de vírus da imunodeficiência símia (SIV) que infectam naturalmente primatas africanos. A maioria dessas transferências resultou em vírus que se espalharam em humanos de forma limitada¹⁹. Um recente estudo revela que os chimpanzés foram por sua vez infectados graças a dois pequenos macacos africanos, portadores de versões do vírus que se recombinaram nesse grande primata¹⁹. O mecanismo de exposição mais provável tem sido a caça e o consumo de carne de chimpanzé, prática muito popular na área onde foram encontrados. O principal vírus causador da doença nos seres humanos, o HIV-1, evoluiu a partir de um vírus que causa uma doença semelhante nos chimpanzés, o SIVcpz (*simian immunodeficiency virus*)¹⁶. Os dados atuais sugerem que a epidemia do vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (HIV-1) surgiu pela transmissão do vírus da imunodeficiência símia (SIV) SIVcpz de uma subespécie de chimpanzés comuns (*Pan troglodytes troglodytes*) para humanos¹⁷.

O homem pode ter sido infectado pelo vírus símio que sofre mutação e passou a ser o HIV, por mordidas ou arranhões, ou por exposição ao sangue de animais durante a caça ou o preparo da carne. Macacos e chimpanzés fazem parte do cardápio de várias populações africanas¹⁹. A partir daí, o HIV se espalhou pelo continente por meio do contato sexual e, muito provavelmente, por meio de práticas sanitárias com material perfurocortante contaminado. No final dos anos de 1970, surgiram os primeiros casos diagnosticados de aids nos Estados Unidos, a partir de análises retrospectivas²⁰, o que permitiu os avanços da análise e estrutural de replicação do HIV

1.1.2 Estrutura e replicação do HIV

O HIV é uma partícula esférica medindo de 100 a 120nm de diâmetro, pertencente ao gênero Lentivírus e à família Retroviridae, que apresenta em seu núcleo duas cópias de ácido ribonucleico (RNA) de cadeia simples, encapsuladas por

uma camada proteica ou nucleocapsídeo, um capsídeo e um envelope externo composto por uma bicamada fosfolipídica²¹. Os principais componentes virais com utilidade diagnóstica incluem as proteínas do envelope viral (gp160, gp120 e gp41), as proteínas codificadas pelo gene gag (p55, p24 e p17) e as proteínas codificadas pelo gene pol (p66, p51, p31)²².

Durante a transmissão do HIV-1, o vírus utiliza a glicoproteína do envelope e os co-receptores de quimiocina CXCR4 ou CCR5, dependendo do tropismo viral, para entrar nos linfócitos T CD4. A glicoproteína do envelope gp120 estabelece contato com o CD4 expresso na superfície, levando a mudanças conformacionais que subsequentemente facilitam a ligação a co-receptores, para iniciar a fusão²³. A ligação do co-receptor resulta posteriormente em mudanças conformacionais que permitem que a subunidade gp41 insira seu peptídeo de fusão hidrofóbica na membrana lipídica do hospedeiro para conduzir o processo de fusão^{24,25}.

A fusão das membranas viral e celular resulta na criação de um poro que conecta o interior do vírion com o citoplasma da célula-alvo, facilitando a entrada do capsídeo viral no citoplasma da célula do hospedeiro. Segue-se então a etapa de desnudamento, que consiste na liberação do conteúdo do capsídeo (RNA genômico) para o citoplasma. Uma vez no citoplasma, o genoma viral RNA é retrotranscrito para uma fita dupla de ácido desoxirribonucleico (DNA) pró-viral, pela transcriptase viral. Após a transcrição reversa, o DNA pró-viral é associado com proteínas virais e celulares em um grande complexo nucleoproteico de pré-integração que é transportado para o núcleo celular através do poro nuclear^{22,24,25}.

A dupla fita de DNA linear é inserida no cromossomo do hospedeiro pela integrase viral. Depois da integração, ocorrem as primeiras transcrições do DNA pró-viral pela RNA polimerase II celular, produzindo RNA virais (genômico e mensageiro) que são transportados através da membrana do núcleo. No citoplasma, as fitas de RNAm viral são traduzidas produzindo as poliproteínas que darão origem às proteínas virais²⁴⁻²⁶.

As proteínas *env* migram e se inserem na membrana plasmática. As poliproteínas *gag* e *gag-pol* também se movem para a membrana celular e começam a montagem do vírion direcionada pela poliproteína *gag*. Além disso, enzimas virais, RNA genômico e compostos celulares se associam no nucleocapsídeo imaturo. Mais tarde, este complexo brota através da membrana plasmática produzindo um vírion imaturo. O brotamento dispara a ativação da protease que autocataliticamente cliva

as poliproteínas *gag* e *gag-pol*, liberando as proteínas estruturais e as enzimas. As proteínas individuais sofrerão futuras interações, de maneira que as proteínas formem o nucleocapsídeo cônico que fique associado ao envelope viral. O processamento das proteínas virais pela protease leva à formação das partículas virais maduras e infecciosas^{26,27}, que podem ser analisadas através da história da infecção pelo HIV.

1.1.3 História Natural da Infecção pelo HIV

A história natural da infecção pelo HIV divide-se em três fases, especialmente na ausência de tratamento farmacológico. Essas fases são^{28,29}:

Infecção aguda ou primária é a fase inicial da infecção e surge nas primeiras semanas após a entrada do HIV no organismo humano. Muitas pessoas, nessa fase, apresentam sinais e sintomas semelhantes aos de uma gripe ou resfriado (febre, cefaleia, odinofagia, artralgia ou mialgia), erupções cutâneas e ulcerações na boca, dentre outras manifestações. O vírus apresenta alta replicação viral, ocorrendo a viremia e disseminação do HIV para vários órgãos e tecidos. Nessa fase, detecta-se alta carga viral plasmática. Além disso, nesta fase o vírus pode ser detectado no sêmen e nos fluidos vaginais. A consequência é que existe, por sua vez, um risco aumentado de transmissão a outras pessoas durante esta fase da infecção primária, principalmente pela ausência de diagnóstico sorológico³⁰.

Após as primeiras semanas, o organismo passa a produzir anticorpos específicos anti-HIV, e a carga viral, por consequência, diminui. No entanto, o organismo humano não é capaz de eliminar completamente o vírus³⁰. Na fase de infecção crônica assintomática, que é a segunda fase da história natural da infecção, o HIV ainda está presente no organismo humano, com baixa, porém constante, taxa de replicação, e partículas virais estão, por vezes, aderidas ao genoma da célula hospedeira. Além disso, a pessoa geralmente não apresenta sintomas, mas ainda pode transmitir o vírus. Se a infecção não for detectada e não estiver sendo tratada, a replicação viral continua progressivamente, com destruição dos linfócitos T CD4. O curso clínico da infecção por HIV em relação aos fatores que podem predispor o desenvolvimento de sintomas são amplamente desconhecidos, estima-se que em 10 ou 12 anos culmina na síndrome da imunodeficiência adquirida (aids)^{2,29}.

A síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) é a fase clínica sintomática, também chamada de terceira fase da história natural da doença, que surge quando o

sistema imunológico não consegue combater as infecções oportunistas ou doenças neoplásicas devido à imunodeficiência causada pelo HIV. A ocorrência de doenças oportunistas em virtude da imunossupressão acentuada e alta carga viral é o que se denomina de aids propriamente dita, e na ausência de tratamento farmacológico o desfecho é fatal²⁸, contudo, tratamentos surgiram e hoje o prognóstico pode ser bem diferente.

1.1.3 Uso de TARV

Em 1987, apenas seis anos após o surgimento dos primeiros casos de aids, o uso clínico da zidovudina (AZT) foi aprovado para o tratamento da infecção pelo HIV³¹. Este primeiro medicamento antirretroviral foi seguido por outros inibidores de transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (NRTIs) que foram usados inicialmente em monoterapia e, posteriormente, em combinações duplas na década seguinte³¹.

No entanto, ambas as estratégias terapêuticas falharam devido ao rápido desenvolvimento de mutações causando resistência viral contra esses agentes farmacológicos. Foi em 1996 quando a adição de um inibidor de protease (IP) ao esquema terapêutico tornou o tratamento eficaz e permitiu mudar a história natural da doença com impacto positivo na redução das doenças oportunistas, hospitalizações e óbitos decorrentes da aids³².

A maioria das diretrizes atuais sobre terapia antirretroviral recomenda terapia antirretroviral para todos as PVHA para reduzir o risco de progressão da doença e prevenir a transmissão viral³³. O benefício da terapia antirretroviral é imediato³². Por este motivo, a terapia tripla, com combinação de dois NRTIs e um inibidor da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeo (NNRTI) foram chamados de tratamento antirretroviral altamente eficaz ou potente (HAART), que no Brasil é denominado TARV³⁰. Os esquemas podem variar de acordo com características do paciente (virgens de tratamento), estadiamento clínico, genotipagem e resistência aos antirretrovirais, com possibilidade de esquema variados que incluem os IP, inibidores de fusão, inibidores da integrase e inibidores de entrada, sendo cada classe direcionada a uma etapa da replicação viral^{30,31}.

Posteriormente, numerosos estudos e a prática clínica acumulada confirmaram que a TARV, se usada corretamente, pode manter a replicação viral suprimida

indefinidamente, evitando o desenvolvimento de mutações que geram resistência viral^{34,35}. Esse benefício virológico está associado a um maior repovoamento de linfócitos T CD4 e a uma redução significativa da morbimortalidade relacionada à infecção pelo HIV. Além disso, com a supressão virológica, há maior controle da cadeia de transmissão do HIV^{34,36}.

Nesse sentido, a sobrevida cumulativa alcançada pela TARV é muito superior à outras terapias atuais de grande relevância médica e social, tendo seu impacto na mortalidade sido comparado ao dos antibióticos³⁷. Uma grande parcela de PVHA tem qualidade de vida e funcionalidade sociofamiliar e profissional praticamente normais³⁸. Em nível epidemiológico, a TARV é um instrumento eficaz para prevenir a transmissão sexual do HIV³⁹, e sua eficiência é comprovada por evidências de custo-efetividade⁴⁰.

No entanto, a TARV é incapaz de erradicar a infecção pelo HIV porque ele permanece latente em vários reservatórios celulares, onde evita a resposta imunológica e a ação dos antirretrovirais⁴¹. Essa circunstância tem grande significado clínico, pois implica na necessidade de tratamento contínuo ininterrupto, o que acarreta alto risco de não adesão terapêutica e, portanto, de resistência aos antirretrovirais e inefetividade terapêutica^{8,30,32,42}.

Até o momento, 25 medicamentos antivirais pertencentes a seis classes farmacológicas diferentes foram aprovados para uso na prática clínica, três dos quais foram retirados por toxicidade ou inconveniência. Com todos eles, vários regimes de TARV podem ser propostos, tanto da primeira linha quanto das subsequentes^{30,32}.

O objetivo imediato da TARV é reduzir e manter a carga viral (CV) abaixo de 50 cópias/mL de HIV-RNA. Este é o limite de detecção mais amplamente utilizado na prática clínica e abaixo do qual as mutações de resistência geralmente não são selecionadas³⁰. Mas esta é apenas uma etapa essencial para atingir outras metas de longo prazo, que, em ordem consecutiva, são: restaurar e/ou preservar a função imunológica, reduzir a morbidade e mortalidade relacionadas à imunodeficiência celular e ativação imune crônica presente na infecção pelo HIV, e melhorar a qualidade de vida. Além disso, outro objetivo que vem ganhando cada vez mais importância é a prevenção da transmissão do HIV⁴³.

O uso regular da TARV é fundamental para garantir o controle da doença e prevenir a evolução para a aids. A adesão ao tratamento traz grandes benefícios individuais, como aumento da disposição, da energia e do apetite, ampliação da expectativa de vida e o não desenvolvimento de doenças oportunistas³⁰. Desde que

combinações de TARV se tornaram disponíveis, as recomendações sobre quando iniciar a TARV em PVHA cronicamente foram modificadas várias vezes^{30,44-46}.

Existem atualmente seis famílias ou classes disponíveis que podem ser agrupadas de acordo com seu mecanismo de ação: 1) inibidores da transcriptase reversa análoga de nucleosídeo/nucleotídeo (NRTI) (abacavir, didanosina, emtricitabina, lamivudina, zidovudina e tenofovir); 2) não análogos nucleosídeo inibidores da transcriptase reversa (NNRTIs) (efavirenz, nevirapina, etravirina e rilpivirina); 3) inibidores da protease (IPs) (atazanavir, darunavir, fosamprenavir, lopinavir, ritonavir, saquinavir); 4) inibidores de entrada (enfuvirtida); 5) antagonista do co-receptor CCR5 (Maraviroc) e 6) inibidores da integrase (INSTI) (raltegravir, elvitegravir, dolutegravir). Todos eles são indicados no tratamento da infecção pelo HIV-1, em esquemas combinados^{30,32}. A maioria deles também demonstrou ser eficaz contra o HIV-2 (exceto para os inibidores não nucleosídeos da transcriptase reversa, enfuvirtida e maraviroc) e alguns são eficazes contra o vírus da hepatite B (lamivudina, emtricitabina e tenofovir). Geralmente são utilizadas combinações de três princípios ativos, de acordo com as características individuais de cada paciente, o quadro clínico (se virgem de tratamento, resgate, simplificação) e a possibilidade de resistência viral determinada pela genotipagem do HIV³⁰.

No entanto, combinações de dois medicamentos estão atualmente em estudo e já existem dados sobre a eficácia da administração de um IP em monoterapia em determinadas circunstâncias, ou o uso de IP + NRTI com resultados de eficácia semelhante ao uso do esquema triplo⁴⁷.

As classes de antirretrovirais com maior potencial para interações medicamentosas são os inibidores de protease (IP), seguidos de inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos (NNRTIs) e, finalmente, análogos de nucleosídeos (NRTIs), cujo potencial de interação é realmente muito baixo⁴⁸. Por outro lado, atualmente o arsenal terapêutico para tratar a infecção pelo HIV é bastante amplo, mas diferenças comportamentais intraclasse foram demonstradas e as interações medicamentosas pós-comercialização também surgiram, evidenciadas por estudos de farmacovigilância^{49,50}.

A dificuldade adicional ao fato de que se deve combinar três fármacos tanto em um paciente virgem de tratamento quanto em um paciente de resgate para obter a melhor resposta terapêutica é que, no caso de pacientes com mutações de resistência a esses fármacos, outros são substituídos ou adicionados ao esquema terapêutico e

pertencem a novas classes terapêuticas³⁰. As interações medicamentosas dos antirretrovirais são comuns e podem ser clinicamente relevantes. Pode haver interações entre os antirretrovirais entre si e com outros medicamentos usados para tratar outras comorbidades, prevenir ou tratar doenças oportunistas e outros problemas relacionados aos efeitos adversos dos antirretrovirais³¹.

O surgimento de novos fármacos como darunavir, etravirina, maraviroc e raltegravir enaltece o alerta e a preocupação na busca por informações relacionais aos efeitos adversos destes medicamentos, pois novos mecanismos de ação podem levar a efeitos imprevisíveis³³. Para oferecer assistência farmacêutica de qualidade, o profissional farmacêutico, bem como a equipe multiprofissional, deve conhecer o perfil farmacológico dos novos antirretrovirais³⁰.

1.1.4 Transtornos Mentais e Necessidades do Uso de Psicofármacos

O medo da aids, assim como as atitudes e julgamentos negativos em relação às PVHA persistem, apesar de décadas de campanhas de informação pública e outros esforços de conscientização⁵¹. As populações com maior risco de infecção pelo HIV enfrentam altos níveis de estigma devido, entre outras coisas, ao seu gênero, orientação sexual, identidade de gênero, uso de drogas ou trabalho sexual⁵².

O estigma em relação às pessoas que vivem ou estão em risco de contrair o HIV leva a atos de discriminação em todos os setores da sociedade⁵¹. O estigma e a discriminação do HIV afetam o bem-estar emocional e a saúde mental. As PVHA geralmente internalizam o estigma que sentem e começam a criar uma autoimagem negativa. Isso pode acarretar o desenvolvimento de diversos transtornos psiquiátricos, que por vezes necessitam do uso psicofármacos para o controle dos sintomas e enfrentamento destes transtornos¹¹.

Os resultados dos diferentes estudos sobre a prevalência de transtornos mentais no momento da avaliação clínica são variados em pacientes soropositivos e soronegativos em risco de infecção^{53,54}. Deve-se notar que embora os transtornos mentais de origem orgânica fossem muito comuns no início da epidemia de aids, desde o uso de TARV, as síndromes sem etiologia orgânica são mais frequentes¹⁰. A síndrome cerebral orgânica, sem etiologia, causa distúrbios em diferentes esferas cognitivas, bem como psiquiátrica e motora e são mais frequentes na forma grave⁵⁵.

A gravidade das alterações cognitivas se correlaciona bem com os estágios da doença, definida *pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*⁵⁶. A TARV mudou o curso da história natural das alterações cognitivas relacionadas ao HIV, estabilizando ou melhorando a maioria dos casos mais graves. O início oportuno da TARV constitui a melhor estratégia preventiva, evitando-se o baixo nadir de linfócitos T CD4³⁰. As manifestações típicas de alterações cognitivas relacionadas ao HIV incluem dificuldades de atenção e memória, realizar múltiplas tarefas, controlar impulsos e realizar julgamentos^{9,10,30}.

Pacientes com demência por HIV têm distúrbios de memória, apatia, desaceleração mental curso lento de pensamento, pouca habilidade para concentração e dificuldades em resolver problemas e leitura e distúrbios de marcha e postura semelhantes aos vistos em doença de Parkinson e que todas são manifestações de uma demência subcortical¹²⁻¹⁴. A sensibilidade de um grande número destes pacientes para bloqueadores de receptor dopamina, sugere uma anormalidade seletiva em sistemas estriados dopaminérgico ao nível dos gânglios da base com perda de neurônios dopaminérgicos. Isso explicaria a alta suscetibilidade a drogas que atuam neste sistema. Drogas neurolépticas, como psicoestimulantes, pode exacerbar esses sintomas¹³.

Há evidências experimentais de que proteínas virais, como gp120 e *tat* podem causar efeitos tóxicos nos neurônios dopaminérgicos⁵⁷. Outras síndromes psiquiátricas podem aparecer e seu mecanismo de produção é a imunossupressão, sendo sua interação complexa com fatores constitucionais, genéticos, psicológicos e sociais¹⁰. Desta forma, a ação viral da doença infecciosa, o impacto da estigmatização psicológica e social, pode gerar o aparecimento de distúrbios psiquiátrico em indivíduos previamente saudáveis ou precipitar os existentes com modificações em seus sintomas, curso e prognóstico, cristalizam assim a patologia dual^{12,14}.

1.1.5 Psicofármacos

Psicofármacos são substâncias que atuam diretamente no sistema nervoso central (SNC), modificando sua atividade, sendo estas estimulantes, depressoras ou perturbadoras, que provocam mudanças comportamentais^{58,59}. Esses medicamentos são prescritos para pacientes com transtornos mentais, como esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, depressão e ansiedade; eles também são frequentemente

prescritos para dor, demência, dependência química, distúrbios do sono, problemas comportamentais, entre outros e podem ser agrupados em antidepressivos, ansiolíticos e hipnóticos, antipsicóticos e estabilizadores de humor^{60,61}.

Os psicofármacos são um importante recurso terapêutico no tratamento de transtornos mentais com a função de contribuir com a qualidade de vida do indivíduo, favorecendo bem-estar físico e mental, auxiliando na sua reinserção social e reestabelecendo sua autonomia como cidadão^{62,63}. Contudo, seus efeitos adversos são inúmeros, mesmo o uso sendo de feito de forma correta e acompanhado adequadamente. Já os seus efeitos, a longo prazo e com uso excessivo, são, na maioria dos casos, irreversíveis, prejudicando ainda mais a saúde do usuário⁶⁴. Porém, muitas vezes, eles não têm conhecimento de tal agravo, portanto, fazem e exigem o uso contínuo alegando não conseguirem ficar sem esses medicamentos⁶⁵⁻⁶⁶.

1.1.6 Interação medicamentosa (farmacocinética e farmacodinâmica)

Interação medicamentosa é um evento que surge quando a ação de um medicamento administrado para fins diagnósticos, preventivos ou terapêuticos é modificada por outro medicamento ou por elementos da dieta ou ambiente do indivíduo⁶⁷. A interação medicamentosa (DDI do inglês *Drug-Drug Interaction*) é um tipo específico de evento adverso a medicamentos; ocorre quando o efeito de um medicamento é alterado pela presença de outro, resultando em aumento da toxicidade ou redução da eficácia terapêutica⁶⁸. As interações medicamentosas são consideradas uma reação adversa a medicamentos. Elas podem ser farmacocinéticas, quando a interação altera a velocidade ou a extensão de absorção, distribuição, biotransformação ou excreção do medicamento. Ou podem ser farmacodinâmicas, quando a interação ocorre nos sítios de ação dos medicamentos envolvendo os mecanismos pelos quais os efeitos desejados se processam de forma agonista ou antagonista⁶⁹.

As interações medicamentosas podem estar associadas a efeitos benéficos, nocivos ou não, e induzir mudanças significativas na ação do medicamento. As terapias que combinam vários medicamentos são cada vez mais comuns em pacientes com doenças crônicas e, portanto, há necessidade de saber sobre as possíveis interações medicamentosas^{70,71}. A interação medicamentosa entre

psicofármacos é muito frequente. Apesar de o prescritor e farmacêutico possuírem o dever de avaliar as possíveis interações medicamentosas, elas são frequentes no paciente polimedicado, sendo que a maioria das interações geram efeitos indesejados⁷². Diversos antipsicóticos possui interações medicamentosas indesejadas com antidepressivos e outros psicofármacos, por exemplo^{68,69}.

Cada vez que o fármaco é incorporado ao paciente, e pode atuar de forma diversificada, sofrendo efeitos da nutrição, pela quantidade de albumina circulante, que provoca deslocamentos dos sítios ativos, com o conseqüente aumento ou diminuição da concentração plasmática desse fármaco, e pela presença de inibidores ou indutores enzimáticos, que afetam o metabolismo do medicamento e causam a chamada primeira passagem no fígado e no intestino⁶⁸. Todos esses aspectos afetam o efeito final da droga. A maior parte da metabolização hepática é realizada por um grupo de enzimas correspondentes ao citocromo P450, das quais existe um grande número de isoenzimas. Cada isozima funciona como uma entidade individual, que os diferentes substratos podem induzir ou inibir. Há cinco isoenzimas mais conhecidas, com os substratos que atuam de forma usual e os respectivos inibidores e indutores⁶⁹.

Os efeitos adversos associados às interações medicamentosas podem causar morbidade e mortalidade significativas⁷³; drogas com um índice terapêutico estreito geralmente estão envolvidas, pouca diferença entre as concentrações terapêuticas e tóxicas, varfarina, lítio e fenitoína são alguns exemplos⁷⁴.

As interações entre antirretrovirais e outros fármacos têm grande importância na abordagem de pacientes submetidos à TARV⁷⁵, especialmente no que se refere ao uso de psicofármacos, dada a importância que o tratamento farmacológico tem na sobrevida e redução de morbimortalidade⁷⁶. Por este motivo, destaca-se a relevância do presente estudo⁷⁷.

Os antirretrovirais são medicamentos com muitas interações, especialmente do tipo farmacocinético, que em muitas ocasiões podem ter importância clínica^{78,70}. O risco de interações aumenta à medida que a doença progride e os tratamentos tornam-se mais complexos devido ao aparecimento de resistência. As combinações de indutores e inibidores enzimáticos são muitas vezes parte do mesmo tratamento antirretroviral, como é o caso, e. por exemplo com tipranavir/ritonavir. Outras vezes é o aparecimento de doenças oportunistas que complica o cenário, como é o caso do tratamento da tuberculose e de outras doenças oportunistas. Existem muitos medicamentos com alto metabolismo hepático que podem ter suas concentrações

plasmáticas modificadas pelo uso de antirretrovirais. Um exemplo importante são os imunossuppressores, uma vez que o número de pacientes com infecção pelo HIV que recebem um transplante de órgão sólido está aumentando⁷⁰. Outras vezes, são os medicamentos usados para tratar a doença de base do próprio paciente que podem interagir com a terapia antirretroviral.

Muitas das interações podem ser evitadas com a seleção adequada de medicamentos. Para isso, é fundamental uma boa formação dos profissionais que trabalham com esses pacientes, além de contar com ferramentas de apoio que ofereçam informações rápidas sobre as interações^{65,70}.

Considerando o desconhecimento da taxa de adesão e potenciais interações medicamentosas entre antirretrovirais e psicofármacos com PVHA em Vitória da conquista, este estudo justifica-se para elucidar esta lacuna de conhecimento. Embora o risco potencial seja alto, é de se esperar que com informações adequadas, haja poucas interações de natureza grave que possam atingir o paciente. Espera-se que o presente estudo possa auxiliar os profissionais de saúde a atentar para as questões relacionadas a farmacoterapia, com vistas à segurança do paciente.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a adesão à terapia antirretroviral e potencial interação medicamentosa com psicofármacos em pessoas vivendo com HIV/aids atendidas no CAPS AD do município de Vitória da Conquista (BA).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a adesão de pacientes com HIV/aids à terapia antirretroviral preconizada pelo sistema de saúde brasileiro na população em estudo;
- Identificar o uso concomitante de psicofármacos na população em estudo;
- Verificar quais são medicamentos antirretrovirais e psicofármacos foram usados durante período em estudo.
- Avaliar interações medicamentosas potenciais entre antirretrovirais e psicofármacos utilizados pelos pacientes do estudo.
- Avaliar as interações medicamentosas potenciais entre antirretrovirais e álcool e drogas ilícitas.
- Verificar a associação entre a adesão medicamentosa; interações medicamentosas e as características demográficas na amostra estudada.

3 MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo com delineamento transversal de natureza quantitativa.

3.2 POPULAÇÃO, LOCAL, TEMPO E AMOSTRA

O estudo foi realizado no município de Vitória da Conquista que está localizado na região Sudoeste do Estado da Bahia e Região Nordeste do Brasil. Possui uma população de 262.585 habitantes com uma baixa densidade demográfica de 81,94 hab./km²⁷⁵. A população é majoritariamente urbana, com 85% dos residentes, e a extensa zona rural concentram apenas 15% da população.

A população total do município é composta por 51,4% de mulheres e por jovens, sendo que mais de 50% dos habitantes têm até 24 anos. A população na faixa de 15 a 49 anos representa 53,8% do total e os indivíduos com mais de 60 anos corresponde a aproximadamente 7,5% dos residentes. O crescimento da população nos últimos quatro anos tem sido em média 2,1% ao ano, mantendo a predominância de mulheres⁷⁵.

O cenário da pesquisa foi o Centro de Atenção e Apoio a vida/CAAV Dr. Davi Capistrano Filho, que presta atendimento médico especializado e assistência social aos portadores de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e do HIV/aids ao município de Vitória da Conquista e região circunvizinha por ser referência nacional em saúde. O CAAV também realiza campanhas educativas, distribui preservativos masculinos, realiza exames de detecção de IST e aids em gestantes e capacita profissionais de saúde. Com atendimento integral e humanizado, o CAAV garante a qualidade de vida dos pacientes e atua na prevenção de novos casos, principalmente junto aos adolescentes e jovens.

A pesquisa utilizou informações para a identificação dos medicamentos antirretrovirais usados pelos pacientes da pesquisa, por meio da coleta de dados dos prontuários em um período entre janeiro de 2016 e janeiro de 2021, sendo a amostra do tipo censo. A amostra é estimada em 1.471 pacientes.

O uso dos psicofármacos foi avaliado por meio de coleta realizado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) de Vitória da Conquista, que é regido pelas diretrizes do Ministério da Saúde, oferecendo atendimento diário a pacientes que fazem um uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos na pesquisa pacientes de ambos os sexos, com maioridade civil de 18 anos ou mais de idade, infectados pelo HIV ou com aids e que fazem o uso de TARV e psicofármacos.

3.4 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Foram excluídos os pacientes que não possuíam as variáveis de interesse ao estudo, descritas no instrumento de coleta de dados.

3.5 COLETA DE DADOS

Para atender aos objetivos propostos pelo presente estudo, os dados foram coletados dos prontuários médicos por meio de um formulário elaborado para esse fim composto por dados de identificação e itens de classificação dos registros e informações sobre os medicamentos.

Todos os prontuários médicos registrados no serviço foram revisados e aplicou-se os critérios de elegibilidade para a inclusão no estudo. As informações coletadas sobre as variáveis relacionadas ao acompanhamento no serviço foram as seguintes: sexo, idade, tempo de tratamento (em meses), CD4 e carga viral, data da última retirada de TARV do serviço, diagnóstico psiquiátrico de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID 10), medicação utilizada (classe farmacológica) e o esquema terapêutico antirretroviral atual. Foi analisada a dose, intervalo, aprazamento prescritos, bem como as interações medicamentosas potenciais e adesão aos antirretrovirais.

As interações medicamentosas entre psicofármacos e antirretrovirais foram definidas pela consulta as bases *Drug Interaction Checker*⁷⁶ e *Micromedex*⁷⁷. Na ferramenta para busca sobre fármacos, há um campo para escrever o nome do fármaco pelo princípio ativo no idioma inglês. Após escrever o nome do fármaco, é preciso selecionar os fármacos descritos e clicar no ícone de busca. Desta forma, os fármacos são listados com informações a respeito da indicação terapêutica, e as interações medicamentosas são identificadas e classificadas. Neste estudo, as interações foram classificadas de duas formas: risco clínico e mecanismo de ação. A base *Medscape Drug Interaction Checker*⁷⁶ classifica as interações de acordo com o mecanismo de ação dos fármacos. A base *Micromedex*⁷⁷ classifica as interações entre fármacos de acordo com o risco clínico e mecanismo de ação. As interações serão classificadas em contraindicada, maior, moderada e menor. Contraindicada: quando os medicamentos não devem ser usados concomitantemente. Maior: A interação pode ocasionar risco de morte e/ou exigir intervenção médica para minimizar ou prevenir graves efeitos adversos. Moderada: A interação pode resultar na exacerbação da condição do doente e/ou requer uma alteração em terapia. Menor: A interação poderá limitar os efeitos clínicos. As manifestações podem incluir um aumento na frequência ou severidade dos efeitos secundários, mas geralmente não requer uma alteração maior na terapia. Quanto ao mecanismo de ação, elas foram classificadas em farmacocinéticas e farmacodinâmicas.

A adesão à terapia antirretroviral foi avaliada pela retirada dos antirretrovirais na farmácia do serviço e contagem de linfócitos T CD4 e carga viral indetectável. Será considerado não adesão o paciente que não retirou medicamentos nos últimos três meses ou aqueles com carga viral detectável e CD4 abaixo de 350 cél/mm³ no último exame, desde que em tratamento antirretroviral há pelo menos seis meses.

Os desfechos de interesse, foram as variáveis dependentes adesão à TARV e interações medicamentosas potenciais entre antirretrovirais e psicofármacos.

3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram transcritos para planilha Microsoft Office Excel e posteriormente exportados para o software SPSS v.21 (IBM, Armonk, New York, USA). Será empregada a estatística descritiva na apresentação dos dados. As variáveis qualitativas serão expressas em proporções e as quantitativas em medidas

de tendência central e dispersão. Foi empregado o teste de t de Student para comparação de médias, e teste de qui-quadrado de Pearson ou prova exata de Fisher para a comparação entre as variáveis qualitativas. Em caso de distribuição não normal, será empregada a estatística não paramétrica.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina (CEP-UNISUL), CAAE 52492921.0.0000.5369, número do parecer 5.035.826, em 13 de outubro de 2021, em respeito a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisa apresentou riscos mínimos, por se tratar de pesquisa com dados secundários e sem contato direto com os pacientes. Contudo, o acesso a dados confidenciais requer autorização do guardião dos prontuários médicos, e responsabilidade com vistas a evitar a quebra de sigilo ou anonimato dos pacientes. Para evitar estes riscos, a pesquisadora garantiu que as informações fossem mantidas em sigilo e a coleta de informações fosse realizada em uma sala do próprio serviço, a fim de evitar vazamento de informações.

Os sujeitos da pesquisa foram preservados com a individualização de suas informações, especialmente na divulgação dos resultados desta pesquisa. Além disso, houve um acompanhamento no local da coleta de dados por parte do guardião dos documentos, para que não houvesse alteração da rotina do serviço e a possibilidade de perda, dano ou extravio de documentos sigilosos, entre outros acontecimentos que podem ocorrer nesse tipo de situação.

Para o acesso aos prontuários foi solicitado a Autorização de Consentimento de Pesquisa em Prontuários/Arquivos e Documentos. Ademais, por se tratar de um estudo que analisou prontuários de pacientes foi solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a fim de evitar constrangimentos no contato direto com o paciente do estudo.

Inicialmente, a instituição de ensino proponente enviou um ofício para a instituição de referência, solicitando o local de pesquisa para realização do estudo. Uma vez aprovada, foi necessário a assinatura do Termo de Anuência do Gestor, termo este que evidenciará as reais intenções com esta pesquisa. Por fim, foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa

O benefício aos pacientes do estudo é indireto, embora na identificação de interações medicamentosas contraindicadas e com risco maior isto foi sinalizado ao serviço onde a coleta de dados está sendo realizada para que a equipe tenha possibilidade de adequar o esquema terapêutico. Conhecer a prevalência de adesão e interações com psicofármacos pode auxiliar a ciência e profissionais de saúde na atenção a estas questões primordiais na assistência às pessoas que vivem com HIV.

4. ARTIGO

Os resultados dessa dissertação são apresentados na forma de artigo científico a ser submetido em periódico indexado *Journal of Psychoactive Drugs*.

**ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL E SUA INTERAÇÃO COM
PSICOFÁRMACOS EM PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS COM FOCO NO
CAPS AD**

*Adherence to antiretroviral therapy and its potential interaction with psychodrugs in
people living with HIV/AIDS*

Andreia Ribeiro Mota¹, <https://orcid.org/0000-0001-8606-2445>

Diego Zapelini do Nascimento¹, <https://orcid.org/0000-0002-7323-185X>

Gabriela Moreno Marques¹, <https://orcid.org/0000-0001-9296-7574>

Fabiana Schuelter-Trevisol¹, <https://orcid.org/0000-0003-0997-1594>

¹Programa de Pós-Graduação da Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, Santa Catarina, Brasil.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo possui fundamental importância para a prática de cuidados dos pacientes que fazem tratamento farmacológico com antirretrovirais e psicofármacos, incluindo o cuidado de enfermagem que necessita a aquisição de muitos conhecimentos e habilidades essenciais para poder fornecer atendimento de qualidade.

Além disso, estudos indicam que distúrbios de saúde mental em pessoas com infecção pelo HIV são mais comuns que na população em geral, e podem dificultar o início e a adesão ao tratamento, levando a desfechos negativos em relação ao HIV/aids. Transtornos à saúde mental podem influenciar na adesão à TARV, por esquecimento ou má organização, má motivação ou incompreensão dos planos de tratamento. Apoio psicossocial, aconselhamento, farmacoterapias apropriadas e intervenções com gerenciamento abrangente de casos podem ajudar a melhorar a adesão e retenção dos pacientes nos serviços de atendimento.

O conhecimento da interação e efeito adverso potencial de antirretrovirais e psicotrópicos específicos permitirá que os profissionais de saúde tomem decisões de prescrição informadas para promover melhor a saúde e o bem-estar desta população de alto risco.

Espera-se que novos estudos sejam realizados, com maior tamanho amostral e coleta primária de dados, a fim de ratificar os resultados encontrados. Considerado a escassez de estudos com essa temática, estes dados podem ser úteis para a conscientização dos profissionais de saúde na assistência prestada às PVHA.

Estes resultados serão socializados nos serviços onde os dados foram coletados, em congressos da área médica e na forma de artigo científico original.

REFERÊNCIAS

1. Greene WC. A history of AIDS: looking back to see ahead. *Eur J Immunol*. 2007 Nov;37 Suppl 1:S94-102. doi: 10.1002/eji.200737441.
2. Sabin CA, Lundgren JD. The natural history of HIV infection. *Curr Opin HIV AIDS* 2013 Jul;8(4):311-7. doi: 10.1097/COH.0b013e328361fa66.
3. Alencastro PR, Barcellos NT, Wolff FH, Ikeda MLR, Schuelter-Trevisol F, Brandão ABM, Fuchs SC. People living with HIV on ART have accurate perception of lipodystrophy signs: a cross-sectional study. *BMC Res Notes* 2017 Jan 13;10(1):40. doi: 10.1186/s13104-017-2377-3.
4. UNAIDS. Unaid Data 2021. Disponível em: https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021_unaids_data. Acesso em: 2 de agosto de 2022.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2021. Número especial dezembro 2021. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hivaids-2021>. Acesso em 2 de agosto de 2022.
6. Galvão MTG, Soares LL, Pedrosa SC, Fiuza MLT, Lemos LA. Qualidade de vida e adesão à medicação antirretroviral em pessoas com HIV. *Acta Paul Enferm* 2015;28(1):48-53.
7. Melo GC, Rodrigues STC, Trindade RFC, Holanda JBL. Adesão ao tratamento: representações sociais sobre a terapia antirretroviral para pessoas que vivem com HIV. *Rev Enferm UFPE*. 2014;8(3):572-80.
8. Santos EI, Silva AL, Santana PPC, Barros CHA, Assis CT, Nogueira PM, et al. Evidências científicas brasileiras sobre adesão à terapia antirretroviral por pessoas que vivem com HIV/aids. *Rev Rede Cuid Saúde*. 2016;10(1):1-15.
9. Howlett WP. Neurological disorders in HIV in Africa: a review. *Afr Health Sci* 2019 Jun;19(2):1953-1977. doi: 10.4314/ahs.v19i2.19.
10. Belayneh Z, Mekuriaw B, Mehare T, Shumye S, Tsehay M. Magnitude and predictors of common mental disorder among people with HIV/AIDS in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2020 May 14;20(1):689. doi: 10.1186/s12889-020-08800-8.
11. Coutinho MFC, O'Dwyer G, Frossard V. Tratamento antirretroviral: adesão e a influência da depressão em usuários com HIV/Aids atendidos na atenção

- primária. *Saúde Debate*, 2018; 42(116):148-61. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811612>.
12. Heaton RK, Franklin DR, Ellis RJ, McCutchan JA, Letendre SL, Leblanc S, et al. HIV-associated neurocognitive disorders before and during the era of combination antiretroviral therapy: Differences in rates, nature, and predictors. *J. Neurovirol.* 2011;17:3–16. doi: 10.1007/s13365-010-0006-1.
 13. Woods SP, Moore DJ, Weber E, Grant I. Cognitive Neuropsychology of HIV-Associated Neurocognitive Disorders. *Neuropsychol. Rev.* 2009;19:152–168. doi: 10.1007/s11065-009-9102-
 14. Nosik M, Lavrov V, Svitich O. HIV Infection and Related Mental Disorders. *Brain Sci* 2021 Feb 17;11(2):248. doi: 10.3390/brainsci11020248.
 15. Johnson SC. Antiretroviral Therapy for HIV Infection: When to Initiate Therapy, Which Regimen to Use, and How to Monitor Patients on Therapy. *Top Antivir Med.* 2016 Dec-2017 Jan;23(5):161-7.
 16. Sharp PM, Hahn BH. Origins of HIV and the AIDS pandemic. *Cold Spring Harb Perspect Med.* 2011 Sep;1(1):a006841.
 17. Sharp PM, Hahn BH. The evolution of HIV-1 virus and the origin of AIDS. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2010;365(1552):2487-94.
 18. Tienen CV, Van Der Loeff MS, Zaman SM, Vincent T, Sarge-Njie R, Peterson I, et al. Two distinct epidemics: the rise of HIV-1 and decline of HIV-2 infection between 1990 and 2007 in rural Guinea-Bissau. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2010;53(5):640–47.
 19. Gao F, Yue L, White AT, Pappas PG, Barchue J, Hanson AP, et al. Human infection by genetically diverse SIVSM-related HIV-2 in west Africa. *Nature.* 1992;358(6386):495–9.
 20. Faria NR, Hodges-Mameletzis I, Silva JC, Rodés B, Erasmus S, Paolucci S, et al. Phylogeographical footprint of colonial history in the global dispersal of human immunodeficiency virus type 2 group A. *J Gen Virol.* 2012;93(Pt 4):889–99.
 21. Campbell RSF, Robinson WF. The comparative pathology of the lentiviruses. *J Comp Path* 1998;119(4):333-95. [https://doi.org/10.1016/S0021-9975\(98\)80033-9](https://doi.org/10.1016/S0021-9975(98)80033-9).
 22. Ramdas P, Sahu AK, Mishra T, Bhardwaj V, Chande A. From Entry to Egress: Strategic Exploitation of the Cellular Processes by HIV-1. *Front Microbiol* 2020 Dec 4;11:559792. doi: 10.3389/fmicb.2020.559792.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
24. Li Y, Kappes JC, Conway JA, Price RW, Shaw GM, Hahn BH. Molecular characterization of human immunodeficiency virus type 1 cloned directly from uncultured human brain tissue: identification of replication-competent and -defective viral genomes. *J Virol.* 1991;65(8):3973-85.
25. Mohammadi P, Ciuffi A, Beerenwinkel N. Dynamic models of viral replication and latency. *Curr Opin AIDS HIV.* 2015;10(2):90-5.
26. Sierra S, Kupfer B, Kaiser R. Basics of the virology of HIV-1 and its replication. *J Clin Virol* 2005 Dec;34(4):233-44. doi: 10.1016/j.jcv.2005.09.004.
27. Yan N, Lieberman. Gaining a foothold: How HIV avoids innate immune recognition. *Curr Opin Immunol.* 2011;23(1):21-8.
28. Pedersen C, Lindhardt BO, Jensen BL. et al. Clinical course of primary HIV infection: consequences for subsequent course of infection. *BMJ,* 1989; 299:154.
29. Lucas S, Nelson AM. HIV and the spectrum of human disease. *J Pathol.* 2015;235(2):229-41.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
31. Atta MG, Seigneux S, Lucas GM. Clinical Pharmacology in HIV Therapy. *Clin J Am Soc Nephrol* 2019 Mar 7;14(3):435-44. doi: 10.2215/CJN.02240218.
32. Pau AK, George JM. Antiretroviral therapy: current drugs. *Infect Dis Clin North Am* 2014 Sep;28(3):371-402. doi: 10.1016/j.idc.2014.06.001.
33. FEIJÓ RB, Saueressig M, Salazar C, Chaves MLF. Mental health screening by self-report questionnaire among community adolescents in southern Brazil. *J Adolesc Health* 1997;20:232-7
34. HIGGINS, J. P. T., & Green, S. (Eds.). (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions: version 5.1.0.* London: **The Cochrane Collaboration.**
35. PATAKI CS, Carlson GA. **Childhood and Adolescent Depression: A Review.** *Harv Rev Psychiatry* 1995;3(3):140-51.

36. Shin YH, Park CM, Yoon CH. An Overview of Human Immunodeficiency Virus-1 Antiretroviral Drugs: General Principles and Current Status. *Infect Chemother* 2021 Mar;53(1):29-45. doi: 10.3947/ic.2020.0100.
37. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N et al. Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission. *New Eng J Med* 2016;375:830-9. DOI: 10.1056/NEJMoa1600693
38. Levi J, Raymond A, Pozniak A, Vernazza P, Kohler P, Hill A. Can the UNAIDS 90-90-90 target be achieved? A systematic analysis of national HIV treatment cascades. *BMJ Glob Health*. 2016; 1:e000010. doi:10.1136/bmjgh-2015-000010.
39. Lohse N. The road to success. Long-term prognosis for persons living with HIV in Denmark - time trends and risk factors. *Dan Med J* 2016;63(2):B5210.
40. Hacker, Mariana A. Kaida A, Hogg RS, Bastos FI. The first ten years: achievements and challenges of the Brazilian program of universal access to HIV/AIDS comprehensive management and care, 1996-2006. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(suppl 3):S345-S59. DOI: 10.1590/S0102-311X2007001500003.
41. Martin GE, Frater J. Post-treatment and spontaneous HIV control. *Curr Opin HIV AIDS*. 2018 Sep;13(5):402-407.
42. Attia, M. Egger, M. Muller, M. Zwahlen, N. Low. Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: systematic review and meta-analysis. *AIDS* 2009.;23(11):1397-404.
43. Dunlap LJ, Orme S, Zarkin GA, Holtgrave DR, Maulsby C, Rodewald AM, et al. Cost and Cost-Effectiveness of Incentives for Viral Suppression in People Living with HIV. *AIDS Beha*. 2021 Aug 26. doi: 10.1007/s10461-021-03439-x.
44. Chun T-W, Nickle DC, Justement JS, Large D, Semerjian A, Curlin ME, et al. HIV-infected individuals receiving effective antiviral therapy for extended periods of time continually replenish their viral reservoir. *J Clin Invest*. 2005 Nov 1;115(11):3250–5. doi: 10.1172/JCI26197.
45. Garbin CAS, Gatto RCJ, Garbin AJI. Adesão à terapia antirretroviral em pacientes HIV soropositivos no Brasil: uma revisão da literatura. *Arch Health Invest* 2017;6(2):65-70. <https://doi.org/10.21270/archi.v6i2.1787>.
46. Territo H, Vaillant AAJ. HIV prophylaxis. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan.
47. Gras AM, Kesselring JT, Griffin AI, van Sighem C, Fraser AC. Ghani, et al. CD4 cell counts of 800 cells/mm³ or greater after 7 years of highly active antiretroviral

therapy are feasible in most patients starting with 350 cells/mm³ or greater. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2007;45(2):183-92. doi: 10.1097/QAI.0b013e31804d685b.

48. Brojan LEF, Marca LM, Dias FA, Rattmann YD. Uso de antirretrovirais por pessoas vivendo com HIV/AIDS e sua conformidade com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. *Einstein* 2020; 18:eAO4995. http://dx.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO4995
49. Thompson MA, Aberg JA, Cahn P, Montaner JSG, Rizzardini G, Telenti A, et al. Antiretroviral treatment of adult HIV infection: 2010 recommendations of the International AIDS Society-USA panel. *JAMA* 2010.,304(3):321-33. doi: 10.1001/jama.2010.1004.
50. Rolle CP, Nguyen V, Hiestrosa F, DeJesus E. Virologic outcomes of switching to dolutegravir functional mono- or dual therapy with a non-cytosine nucleoside analog: a retrospective study of treatment-experienced, patients living with HIV. *AIDS Res Ther.* 2021 May 3;18(1):26. doi: 10.1186/s12981-021-00352-0.
51. Osorio T L, Rivera C M, Pino-Marín DE, Giraldo NA, Amariles P. [The clinical relevance of drug interactions in patients with human immunodeficiency virus infection: update 2015-2017]. *Rev Chilena Infectol.* 2019 Aug;36(4):475-89. doi: 10.4067/S0716-10182019000400475.
52. Sarraf DP, Rauniar GP, Chhetri R, Kafle SP, Marahatta S, Khanal B, Sharma SK, Kattel V. Pharmacovigilance of Antiretroviral Drugs at B.P. Koirala Institute of Health sciences. *J Nepal Health Res Counc.* 2021 Jan 21;18(4):596-603. doi: 10.33314/jnhrc.v18i4.2634.
53. Morales-Pérez M. Adverse Reactions to Antiretrovirals in Cuban Patients Living with HIV/AIDS. *MEDICC Rev.* 2021 Apr;23(2):21. doi: 10.37757/MR2021.V23.N2.7.
54. Barros SGD, Vieira-Da-Silva LM. A gênese da política de luta contra a Aids e o Espaço Aids no Brasil (1981-1989). *Rev. Saúde Pública* 2016;50:43. DOI:10.1590/S1518-8787.2016050005801.
55. McBride B, Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM. Structural determinants of HIV/STI prevalence, HIV/STI/sexual and reproductive health access, and condom use among immigrant sex workers globally. *AIDS.* 2021 Jul 15;35(9):1461-17. doi: 10.1097/QAD.0000000000002910.

56. Batista IC, Pereira H. Disparidades na saúde mental entre homens gays e bissexuais mais velhos com e sem diagnóstico de VIH. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2020;21(1):53-61.
57. Nogueiral FR, Pellegrino P, Duarte AS, Inoue SRV, Marqueze EC. Transtornos Mentais Comuns estão associados a maior carga viral em Pessoas Vivendo com HIV. *Saúde Debate*, 2019;43(121):464-76.
58. Paddick SM, Kalaria RN, Mukaetova-Ladinska EB. The prevalence and clinical manifestations of delirium in sub-Saharan Africa: a systematic review with inferences. *J Neurol Sci*. 2015 Jan 15;348(1-2):6-17. doi: 10.1016/j.jns.2014.10.034.
59. Centers for Disease Control and Prevention. HIV and AIDS timeline. Disponível em: <https://npin.cdc.gov/pages/hiv-and-aids-timeline#1980>. Acesso em 3 de setembro de 2021.
60. Fitting S, Booze RM, Mactutus CF. HIV-1 proteins, Tat and gp120, target the developing dopamine system. *Curr HIV Res*. 2015;13(1):21-42. doi: 10.2174/1570162x13666150121110731.
61. Gardner DM. Competent psychopharmacology. *Can J Psychiatry*. 2014;59(8):406–11.
62. Carlini EA, Nappo SA, Galduróz JCF, Noto AR. Drogas psicotrópicas - o que são e como agem. *Rev IMESC*. 2001;1(3):9–35.
63. Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci*. 2017;19(2):93–106.
64. Silva AM, Santos CA dos, Miron FM, Miguel NP, Furtado C de C, Bellemo AIS. Esquizofrenia: Uma revisão bibliográfica. *Rev Unilus Ensino e Pesqui*. 2016;13(30):18–25.
65. Xavier M da S, Terra MG, Silva CT, Mostardeiro SCTS, Silva AA, Freitas FF. The meaning of psychotropic drug use for individuals with mental disorders in outpatient monitoring. *Esc Anna Nery*. 2014;18(2):323–9.
66. Perrusi A. Psychological distress, individualism and the use of psychotropic medications: mental health and contemporary individuality. *Rev Sociol da USP*. 2015;27(1):139–60.
67. WHO World Health Organization. Neurosciences: consumption and dependence on psychoactive substances. World Health Organization. 2004. 40 p.

68. Shirama FH, Miasso AI. Consumo de psicofármacos por pacientes de clínicas médica e cirúrgica de um hospital geral. *Rev Lat Am Enfermagem* 2013;21(4):948-55.
69. Souza ARL, Opaleye ES, Noto AR. Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. *Cien Saude Colet*. 2013;18(4):1131-40.
70. Hoefler R. Drug Interactions. *Secr Ciência, Tecnol e Insumos Estratégicos/MS - FTN*. 2015;35(1):28-34.
71. Preskorn SH. Drug-Drug Interactions (DDIs) in Psychiatric Practice, Part 3: Pharmacokinetic Considerations. *J Psychiatr Pract*. 2019 Jan;25(1):34-40. doi: 10.1097/PRA.0000000000000362.
72. Preskorn SH. Drug-Drug Interactions (DDIs) in Psychiatric Practice, Part 6: Pharmacodynamic Considerations. *J Psychiatr Pract*. 2019 Jul;25(4):290-297. doi: 10.1097/PRA.0000000000000399.
73. Iyer S V., Harpaz R, LePendou P, Bauer-Mehren A, Shah NH. Mining clinical text for signals of adverse drug-drug interactions. *J Am Med Informatics Assoc*. 2014;21(2):353-62.
74. Wang B, Warden AR, Ding X. The optimization of combinatorial drug therapies: Strategies and laboratorial platforms. *Drug Discov Today*. 2021 Jul 28:S1359-6446(21)00326-3. doi: 10.1016/j.drudis.2021.07.023.
75. World Health Organization. The importance of pharmacovigilance. World Health Organization, 2002. 48p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42493>. Acesso em 4 de setembro de 2021.
76. Moura C, Acurcio F, Belo N. Drug-drug interactions associated with length of stay and cost of hospitalization. *J Pharm Pharm Sci*. 2009;12(3):266-72.
77. Conselho Federal de Farmácia. Programa de Suporte ao Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde. Monitorização Terapêutica de Medicamentos. 2020. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/MONITORIZACAO%20-%20VERSAO%20PARA%20CONSULTA%20PUBLICA.pdf>. Acesso em 3 de setembro de 2021.
78. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2019. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/ba/vitoria-da-conquista/panorama>. Acesso em: 6 de junho de 2021.

79. Drug Interactions Checker - Medscape Drug Reference Database. Available from: <https://reference.medscape.com/druginteractionchecker>. Acesso em 31 de agosto de 2021.

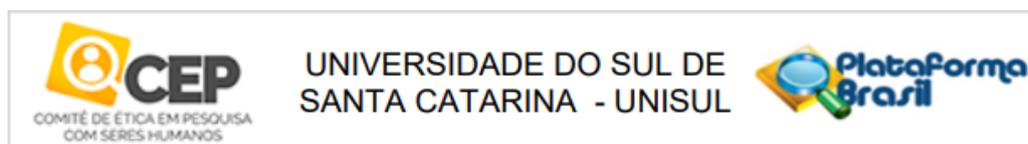
80. IBM Micromedex. Drug Interactions search. Available from:

<https://www.micromedexsolutions.com>. Acesso em 31 de agosto de 2021.

Nascimento RCRM, Álvares J, Guerra Júnior AA, Gomes IC, Silveira MR, Costa EA, et al. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. Rev Saude Publica. 2017;51(Supl 2):19s

ANEXOS

ANEXO 1 – APROVAÇÃO ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL E INTERAÇÃO COM PSICOFÁRMACOS EM PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

Pesquisador: ANDREIA RIBEIRO MOTA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52492921.0.0000.5369

Instituição Proponente: SOCIEDADE DE EDUCACAO SUPERIOR E CULTURA BRASIL S.A.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.035.826

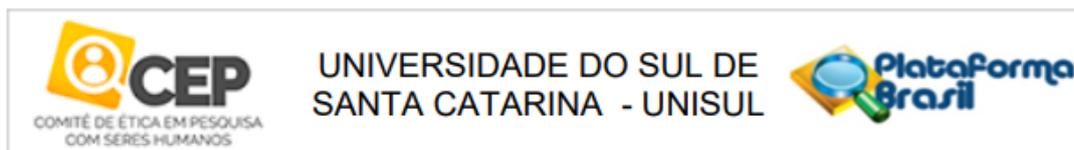
Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas das Informações Básicas da Pesquisa, arquivo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1823397.pdf", postado na Plataforma Brasil em 13/10/2021.

Introdução

A descoberta da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) e seu agente etiológico, o vírus da imunodeficiência humana (HIV), tornou-se um marco importante na história da saúde mundial no final do século XX. Apesar dos grandes avanços no conhecimento científico e nos planos preventivos e terapêuticos, esse problema ainda gera grande impacto na saúde pública¹. Desde a introdução da terapia antirretroviral (TARV) foi possível perceber o controle da replicação viral e a evolução mais lenta da doença, gerando redução da morbimortalidade associada à aids e possibilitando que as pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA) tivessem maior expectativa e qualidade de vida². Embora a TARV seja responsável pela cronificação dos casos, com menor incidência de doenças oportunistas, seus efeitos adversos e riscos pelo uso contínuo também são evidenciados em boa parte das PVHA em tratamento farmacológico^{2,3}. Em 2018 havia cerca de 17 milhões de PVHA em uso de TARV no mundo, e com expectativa de chegar a 30 milhões até 2024⁴. Atualmente, o Brasil possui cerca de 450.000 pessoas em uso de TARV oferecidas pelo

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25
Bairro: Cid.Universitária Pedra Branca **CEP:** 88.137-270
UF: SC **Município:** PALHOÇA
Telefone: (48)3279-1036 **Fax:** (48)3279-1094 **E-mail:** cep.contato@unisul.br



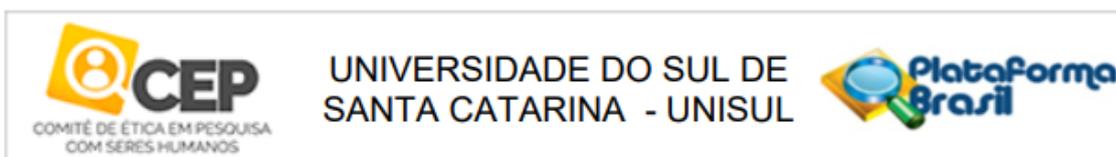
Continuação do Parecer: 5.035.826

Sistema Único de Saúde. Um aumento de 58,15% em relação a 2011, quando havia 284.390 PVHA em uso de antirretrovirais⁵. O controle da infecção pelo HIV e da aids exige acompanhamento clínico permanente e uso contínuo de antirretrovirais. Assim, a adesão farmacológica é fundamental para o sucesso do tratamento; contudo, ela pode ser influenciada pela associação de diversos fatores, inerentes ou não às PVHA⁶. A falta de compreensão das informações sobre TARV refletem lacunas no conhecimento das PVHA, e esse cenário implica na possibilidade de o usuário usar irregularmente os antirretrovirais ou em doses insuficientes⁷. Com isso, o sucesso da terapia pode ficar comprometido, ocasionando limitação das opções de classes terapêuticas efetivas e possibilitando a transmissão de vírus multirresistentes, com consequências para o paciente e para a saúde pública⁸. Ademais, PVHA podem apresentar outras comorbidades, entre as quais alterações psicológicas, psiquiátricas ou neurológicas, tanto pelo efeito deletério da doença, quando pelo estigma e preconceito ainda existente contra indivíduos infectados pelo HIV^{9,10}. Os problemas psicológicos e psiquiátricos por vezes requerem uso de terapia farmacológica para o manejo das manifestações clínicas, o que pode culminar em interações medicamentosas importantes¹¹. Uma proporção de pessoas infectadas pelo HIV pode desenvolver distúrbios cerebrais, não apenas como complicações secundárias, mas também como um efeito direto do HIV. Os distúrbios cerebrais primários associados à infecção pelo HIV incluem a demência associada à doença pelo HIV ou o complexo de demência da aids e, com um grau menor de comprometimento cognitivo, o distúrbio cognitivo menor^{12,13}. Muitas vezes, os portadores desses transtornos necessitam do uso de psicofármacos, o que ocasiona em potencial interação medicamentosa com a TARV¹⁴. Na prática clínica, ao se considerar uma intervenção psicofarmacológica em PVHA em uso de TARV, deve-se levar em consideração que o uso concomitante de várias substâncias terapêuticas requer aprazamento, reconciliação medicamentosa e plano terapêutico bem definido. Isso determinará, por um lado, a existência de uma competição na ligação às proteínas plasmáticas e um aumento dos níveis plasmáticos dos fármacos e, por outro lado, a possibilidade de causar alterações no metabolismo das substâncias administradas¹⁵. Neste contexto, as perguntas que norteiam esse estudo são: Qual é a taxa de adesão à TARV entre PVHA? Qual a prevalência do uso de psicofármacos entre pessoas vivendo com HIV em uso de TARV em Vitória da Conquista (BA)? E há interação medicamentosa potencial entre a TARV utilizada e as classes de psicofármacos prescritos?

Hipótese

Baixa adesão à TARV. Ocorrência de interações medicamentosas com psicofármacos.

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25
Bairro: Cid.Universitária Pedra Branca **CEP:** 88.137-270
UF: SC **Município:** PALHOÇA
Telefone: (48)3279-1036 **Fax:** (48)3279-1094 **E-mail:** cep.contato@unisul.br

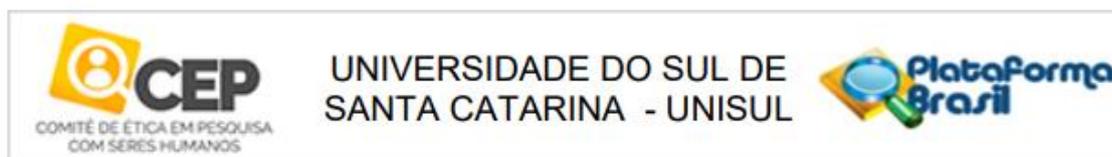


Continuação do Parecer: 5.035.826

Metodologia

O estudo será realizado no município de Vitória da Conquista que está localizado na região Sudoeste do Estado da Bahia e Região Nordeste do Brasil. Possui uma população de 262.585 habitantes com uma baixa densidade demográfica de 81,94 hab./km². A população é majoritariamente urbana, com 85% dos residentes, e a extensa zona rural concentram apenas 15% da população. A população total do município é composta por 51,4% de mulheres e por jovens, sendo que mais de 50% dos habitantes têm até 24 anos. A população na faixa de 15 a 49 anos representa 53,8% do total e os indivíduos com mais de 60 anos corresponde a aproximadamente 7,5% dos residentes. O crescimento da população nos últimos quatro anos tem sido em média 2,1% ao ano, mantendo a predominância de mulheres. O cenário da pesquisa será o Centro de Atenção e Apoio a vida/CAAV Dr. Davi Capistrano Filho, que presta atendimento médico especializado e assistência social aos portadores de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e do HIV/aids ao município de Vitória da Conquista e região circunvizinha por ser referência nacional em saúde. O Centro também realiza campanhas educativas, distribui preservativos masculinos, realiza exames de detecção de IST e aids em gestantes e capacita profissionais de saúde. Com atendimento integral e humanizado, o CAAV garante a qualidade de vida dos pacientes e atua na prevenção de novos casos, principalmente junto aos adolescentes e jovens. Também será acessado o Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) do município referente aos dados de psicofármacos e doenças mentais nas PVIH no município. A pesquisa utilizará informações para a identificação dos medicamentos antirretrovirais dos pacientes infectados pelo HIV, por meio da coleta de dados dos prontuários em um período entre janeiro de 2016 e janeiro de 2021, sendo a amostra do tipo censo. A amostra é estimada em 1.271 participantes. Para atender aos objetivos propostos pelo presente estudo, os dados serão coletados dos prontuários médicos por meio de um formulário (Apêndice A) elaborado para esse fim composto por dados de identificação e itens de classificação dos registros e informações sobre os medicamentos. Inicialmente será feito um cruzamento dos pacientes atendidos no CAAV e no CAPS para a seleção dos participantes. Todos os prontuários médicos registrados no serviço serão revisados e aplicar-se os critérios de elegibilidade para a inclusão no estudo. As informações coletadas sobre as variáveis relacionadas ao acompanhamento no serviço serão as seguintes: sexo, idade, tempo de tratamento (em meses), CD4 e carga viral, data da última retirada de TARV do serviço, diagnóstico psiquiátrico de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID 10), medicação utilizada (classe farmacológica) e o esquema terapêutico antirretroviral atual. Será analisada a dose,

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25
Bairro: Cid.Universitária Pedra Branca **CEP:** 88.137-270
UF: SC **Município:** PALHOÇA
Telefone: (48)3279-1036 **Fax:** (48)3279-1094 **E-mail:** cep.contato@unisul.br



Continuação do Parecer: 5.035.826

intervalo e aprazamento dos medicamentos prescritos, bem como as interações medicamentosas potenciais e adesão aos antirretrovirais. Também será observado o registro de reações adversas aos medicamentos (notificação) e polifarmácia (registro de demais prescrições farmacêuticas concomitantes). As interações medicamentosas entre psicofármacos e antirretrovirais serão definidas pela consulta as bases Drug Interaction Checker⁷⁶ e Micromedex⁷⁷. A polifarmácia será considerada quando o participante utilizar cinco ou mais medicamentos simultaneamente⁷⁸. A adesão à terapia antirretroviral será avaliada pela retirada dos antirretrovirais na farmácia do serviço e contagem de linfócitos T CD4 e carga viral indetectável. Será considerado não adesão o paciente que não retirou medicamentos nos últimos três meses ou aqueles com carga viral detectável e CD4 abaixo de 350 células/mm³ no último exame, desde que em tratamento antirretroviral há pelo menos seis meses. Os desfechos de interesse, serão as variáveis dependentes adesão à TARV e interações medicamentosas potenciais entre antirretrovirais e psicofármacos.

Critérios de inclusão e exclusão

São critérios de inclusão: Serão incluídos na pesquisa pacientes de ambos os sexos, com maioridade civil de 18 anos ou mais de idade, residentes em Vitória da Conquista (BA) infectados pelo HIV e que fazem o uso de TARV; para atingimento dos objetivos do estudo, serão selecionados aqueles em uso concomitante com psicofármacos para a análise das interações medicamentosas.

São critérios de exclusão: Serão excluídos os prontuários que não possuem as variáveis de interesse ao estudo, descritas no instrumento de coleta de dados.

Objetivo da Pesquisa:

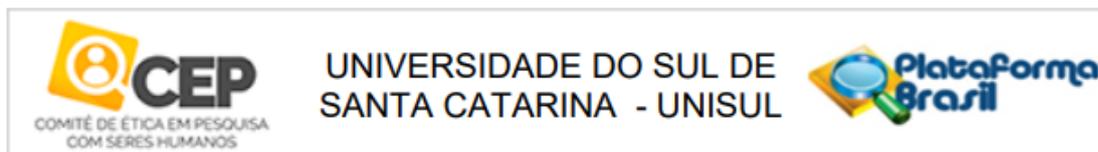
Objetivo Primário:

Avaliar a adesão à terapia antirretroviral e sua interação com psicofármacos em pessoas vivendo com HIV/aids no município de Vitória da Conquista (BA).

Objetivo Secundário:

- Avaliar a adesão de pacientes com HIV/aids à terapia antirretroviral preconizada pelo sistema de saúde brasileiro na população em estudo;
- Identificar o uso concomitante de antirretrovirais e psicofármacos na população em estudo;

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25	
Bairro: Cid.Universitária Pedra Branca	CEP: 88.137-270
UF: SC	Município: PALHOÇA
Telefone: (48)3279-1036	Fax: (48)3279-1094
	E-mail: cep.contato@unisul.br



Continuação do Parecer: 5.035.826

- Verificar quais são os medicamentos antirretrovirais e psicofármacos usados na população durante período em estudo.
- Investigar a ocorrência de reações adversas potencialmente relacionadas ao uso de antirretrovirais e psicofármacos no período em estudo.
- Avaliar interações medicamentosas potenciais entre antirretrovirais e psicofármacos utilizados pelos participantes do estudo.
- Verificar a associação entre a adesão medicamentosa e interações medicamentosas e as características demográficas e clínicas na amostra estudada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

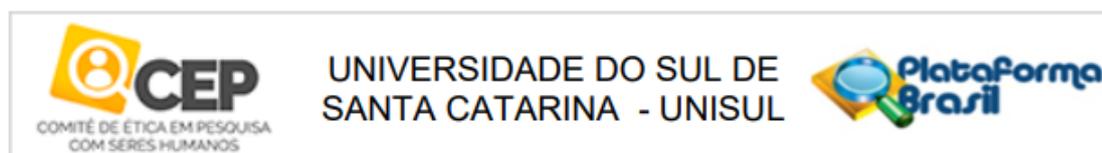
Riscos: A presente pesquisa apresenta o grau mínimo de risco, pois empregará técnicas e métodos retrospectivos de pesquisa em prontuários, na qual não se realizará intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participam no estudo. Tendo como riscos mínimos, a presença de duas variáveis de origem psicológica intelectual e emocional, segundo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, como a quebra de sigilo ou quebra do anonimato do prontuário desses pacientes. Para evitar estes riscos, o pesquisador irá garantir que as informações sejam mantidas em sigilo e a coleta de informações será realizada em uma sala do próprio serviço, a fim de evitar vazamento de informações. Dados de identificação dos sujeitos serão mantidos em sigilo. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados. Além disso, haverá um acompanhamento no local da coleta de dados por parte do guardião dos documentos, para que não haja alteração da rotina do serviço e a possibilidade de perda, dano ou extravio de documentos sigilosos, entre outros acontecimentos que podem ocorrer nesse tipo de situação.

Benefícios: O benefício aos participantes do estudo é indireto, embora na identificação de interações medicamentosas contraindicadas e com risco maior isto será sinalizado ao serviço onde a coleta de dados está sendo realizada para que a equipe tenha possibilidade de adequar o esquema terapêutico. Conhecer a prevalência de adesão e interações com psicofármacos pode auxiliar a ciência e profissionais de saúde na atenção a estas questões primordiais na assistência às pessoas que vivem com HIV.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Caráter acadêmico: projeto de pesquisa vinculado ao Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Campus de Tubarão.

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25
Bairro: Cid.Universitária Pedra Branca **CEP:** 88.137-270
UF: SC **Município:** PALHOÇA
Telefone: (48)3279-1036 **Fax:** (48)3279-1094 **E-mail:** cep.contato@unisul.br



Continuação do Parecer: 5.035.826

- Trata-se de uma pesquisa com delineamento transversal de natureza quantitativa.
- Participantes: pretende incluir 1271 pessoas.
- Solicita dispensa do TCLE e justifica: Tendo em vista que o estudo não prevê intervenção direta aos participantes, com revisão dos dados do serviço quanto a dispensação dos medicamentos na farmácia e revisão dos prontuários médicos. Pelo fato de a pesquisa envolver a população que vive com HIV/aids, e as pessoas sofreram estigmatização pela doença, a presença de um membro externo ao serviço pode causar desconforto e intimidação. Como não há necessidade de contato direto com os participantes para se atingir os objetivos do estudo, e a fim de garantir o sigilo e anonimato da identificação dos sujeitos, solicita-se a dispensa do TCLE.
- Previsão de início e encerramento do estudo: 11/2021 a 08/2022.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:
Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

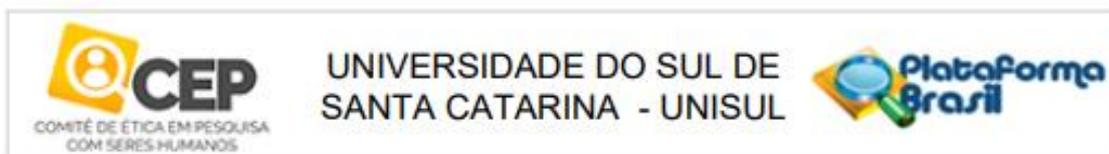
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Não foram identificadas pendências éticas no protocolo de pesquisa apresentado. Projeto de acordo com a legislação, qual seja a resolução 466/2012 e 510/2016.

Considerações Finais a critério do CEP:
O presente protocolo de pesquisa encontra-se em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 e/ou 510/16.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1823397.pdf	13/10/2021 08:07:10		Aceito
Declaração de concordância	Declaraandreia.pdf	13/10/2021 08:06:55	Fabiana Schuelter Trevisol	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoAndreia.docx	24/09/2021 11:42:19	Fabiana Schuelter Trevisol	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	dispensatcle.docx	24/09/2021 11:27:38	Fabiana Schuelter Trevisol	Aceito

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25
Bairro: Cid.Universitária Pedra Branca **CEP:** 88.137-270
UF: SC **Município:** PALHOCA
Telefone: (48)3279-1036 **Fax:** (48)3279-1094 **E-mail:** cep.contato@unisul.br



Continuação do Parecer: 5.035.826

Ausência	dispensatcle.docx	24/09/2021 11:27:38	Fabiana Schuelter Trevisol	Aceito
Folha de Rosto	folhaCONEP.pdf	24/09/2021 11:25:01	Fabiana Schuelter Trevisol	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PALHOCA, 13 de Outubro de 2021

Assinado por:
Silvana Cristina Trauthman
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Pedra Branca, 25
Bairro: Cid.Universitária Pedra Branca **CEP:** 88.137-270
UF: SC **Município:** PALHOCA
Telefone: (48)3279-1036 **Fax:** (48)3279-1094 **E-mail:** cep.contato@unisul.br

ANEXO 2 – NORMAS DA REVISTA

Instructions for authors

Thank you for choosing to submit your paper to us. These instructions will ensure we have everything required so your paper can move through peer review, production and publication smoothly. Please take the time to read and follow them as closely as possible, as doing so will ensure your paper matches the journal's requirements.

About the Journal

Journal of Psychoactive Drugs is an international, peer-reviewed journal publishing high-quality, original research. Please see the journal's [Aims & Scope](#) for information about its focus and peer-review policy.

Please note that this journal only publishes manuscripts in English.

Journal of Psychoactive Drugs accepts the following types of article: Original Research, Systematic Reviews, Meta-analysis, and Case Studies.

Open Access

You have the option to publish open access in this journal via our Open Select publishing program. Publishing open access means that your article will be free to access online immediately on publication, increasing the visibility, readership and impact of your research. Articles published Open Select with Taylor & Francis typically receive 95% more citations* and over 7 times as many downloads** compared to those that are not published Open Select.

Your research funder or your institution may require you to publish your article open access. Visit our [Author Services](#) website to find out more about open access policies and how you can comply with these.

You will be asked to pay an article publishing charge (APC) to make your article open access and this cost can often be covered by your institution or funder. Use our [APC finder](#) to view the APC for this journal.

Please visit our [Author Services website](#) if you would like more information about our Open Select Program.

*Citations received up to 9th June 2021 for articles published in 2016-2020 in journals listed in Web of Science®. Data obtained on 9th June 2021, from Digital Science's Dimensions platform, available at <https://app.dimensions.ai>

**Usage in 2018-2020 for articles published in 2016-2020.

Peer Review and Ethics

Taylor & Francis is committed to peer-review integrity and upholding the highest standards of review. Once your paper has been assessed for suitability by the editor, it will then be single blind peer reviewed by independent, anonymous expert referees. If you have shared an earlier version of your Author's Original Manuscript on a preprint server, please be aware that anonymity cannot be guaranteed. Further information on our preprints policy and citation requirements can be found on our [Preprints Author Services page](#). Find out more about [what to expect during peer review](#) and read our guidance on [publishing ethics](#).

Preparing Your Paper

Structure

Your paper should be compiled in the following order: title page; abstract; keywords; main text introduction, materials and methods, results, discussion; acknowledgments; declaration of interest statement; references; appendices (as appropriate); table(s) with caption(s) (on individual pages); figures; figure captions (as a list).

Word Limits

Please include a word count for your paper.

A typical paper for this journal should be no more than 4,000 words for Original Research (Introduction, Methods, Results, Discussion) and for Review Articles, 4,500 words

Style Guidelines

Please refer to these [quick style guidelines](#) when preparing your paper, rather than any published articles or a sample copy.

Please use American spelling style consistently throughout your manuscript.

Please use double quotation marks, except where "a quotation is 'within' a quotation".

Please note that long quotations should be indented without quotation marks.

Formatting and Templates

Papers may be submitted in Word or LaTeX formats. Figures should be saved separately from the text. To assist you in preparing your paper, we provide formatting template(s).

[Word templates](#) are available for this journal. Please save the template to your hard drive, ready for use.

If you are not able to use the template via the links (or if you have any other template queries) please contact us [here](#).

The main document should be double-spaced, with one-inch margins on all sides, and all pages should be numbered consecutively. Text should appear in 12-point Times New Roman or other common 12-point font. Papers that report results of data collected from human participants must include a statement that written informed consent was obtained from participants. Please document and mention Institutional Review Board approval, where appropriate, in your manuscript.

References

Please use this [reference guide](#) when preparing your paper.

Taylor & Francis Editing Services

To help you improve your manuscript and prepare it for submission, Taylor & Francis provides a range of editing services. Choose from options such as English Language Editing, which will ensure that your article is free of spelling and grammar errors, Translation, and Artwork Preparation. For more information, including pricing, [visit this website](#).

Checklist: What to Include

Author details. Please ensure all listed authors meet the [Taylor & Francis authorship criteria](#). All authors of a manuscript should include their full name and affiliation on the cover page of the manuscript. Where available, please also include ORCIDiDs and social media handles (Facebook, Twitter or LinkedIn). One author will need to be identified as the corresponding author, with their email address normally displayed in the article PDF (depending on the journal) and the online article. Authors' affiliations are the affiliations where the research was conducted. If any of the named co-authors moves affiliation during the peer-review process, the new affiliation can be given as a footnote. Please note that no changes to affiliation can be made after your paper is accepted. [Read more on authorship](#).

Should contain an unstructured abstract of 200 words. Read tips on [writing your abstract](#).

You can opt to include a **video abstract** with your article. [Find out how these can help your work reach a wider audience, and what to think about when filming](#).

Between 4 and 6 **keywords**. Read [making your article more discoverable](#), including information on choosing a title and search engine optimization.

Funding details. Please supply all details required by your funding and grant-awarding bodies as follows:

For single agency grants

This work was supported by the [Funding Agency] under Grant [number xxxx].

For multiple agency grants

This work was supported by the [Funding Agency #1] under Grant [number xxxx]; [Funding Agency #2] under Grant [number xxxx]; and [Funding Agency #3] under Grant [number xxxx].

Disclosure statement. This is to acknowledge any financial or non-financial interest that has arisen from the direct applications of your research. If there are no relevant competing interests to declare please state this within the article, for example: *The authors report there are no competing interests to declare*. [Further guidance on what is a conflict of interest and how to disclose it](#).

Data availability statement. If there is a data set associated with the paper, please provide information about where the data supporting the results or analyses presented in the paper can be found. Where applicable, this should include the hyperlink, DOI or other persistent identifier associated with the data set(s). [Templates](#) are also available to support authors.

Data deposition. If you choose to share or make the data underlying the study open, please deposit your data in a [recognized data repository](#) prior to or at the time of submission. You will be asked to provide the DOI, pre-reserved DOI, or other persistent identifier for the data set.

Supplemental online material. Supplemental material can be a video, dataset, filesset, sound file or anything which supports (and is pertinent to) your paper. We publish supplemental material online via Figshare. Find out more about [supplemental material and how to submit it with your article](#).

Figures. Figures should be high quality (1200 dpi for line art, 600 dpi for grayscale and 300 dpi for color, at the correct size). Figures should be supplied in one of our preferred file formats: EPS, PS,

JPEG, TIFF, or Microsoft Word (DOC or DOCX) files are acceptable for figures that have been drawn in Word. For information relating to other file types, please consult our [Submission of electronic artwork](#) document.

Tables. Tables should present new information rather than duplicating what is in the text. Readers should be able to interpret the table without reference to the text. Please supply editable files.

Equations. If you are submitting your manuscript as a Word document, please ensure that equations are editable. More information about [mathematical symbols and equations](#).

Units. Please use [SI units](#) (non-italicized).

Using Third-Party Material

You must obtain the necessary permission to reuse third-party material in your article. The use of short extracts of text and some other types of material is usually permitted, on a limited basis, for the purposes of criticism and review without securing formal permission. If you wish to include any material in your paper for which you do not hold copyright, and which is not covered by this informal agreement, you will need to obtain written permission from the copyright owner prior to submission. More information on [requesting permission to reproduce work\(s\) under copyright](#).

Submitting Your Paper

This journal uses ScholarOne Manuscripts to manage the peer-review process. If you haven't submitted a paper to this journal before, you will need to create an account in ScholarOne. Please read the guidelines above and then submit your paper in [the relevant Author Centre](#), where you will find user guides and a helpdesk.

If you are submitting in LaTeX, please convert the files to PDF beforehand (you will also need to upload your LaTeX source files with the PDF).

Please note that *Journal of Psychoactive Drugs* uses [Crossref™](#) to screen papers for unoriginal material. By submitting your paper to *Journal of Psychoactive Drugs* you are agreeing to originality checks during the peer-review and production processes.

On acceptance, we recommend that you keep a copy of your Accepted Manuscript. Find out more about [sharing your work](#).

Data Sharing Policy

This journal applies the Taylor & Francis [Basic Data Sharing Policy](#). Authors are encouraged to share or make open the data supporting the results or analyses presented in their paper where this does not violate the protection of human subjects or other valid privacy or security concerns.

Authors are encouraged to deposit the dataset(s) in a recognized data repository that can mint a persistent digital identifier, preferably a digital object identifier (DOI) and recognizes a long-term preservation plan. If you are uncertain about where to deposit your data, please see [this information regarding repositories](#).

Authors are further encouraged to [cite any data sets referenced](#) in the article and provide a [Data Availability Statement](#).

At the point of submission, you will be asked if there is a data set associated with the paper. If you reply yes, you will be asked to provide the DOI, pre-registered DOI, hyperlink, or other persistent identifier associated with the data set(s). If you have selected to provide a pre-registered DOI, please be prepared to share the reviewer URL associated with your data deposit, upon request by reviewers. Where one or multiple data sets are associated with a manuscript, these are not formally peer-reviewed as a part of the journal submission process. It is the author's responsibility to ensure the soundness of data. Any errors in the data rest solely with the producers of the data set(s).

Publication Charges

There are no submission fees, publication fees or page charges for this journal.

Color figures will be reproduced in color in your online article free of charge. If it is necessary for the figures to be reproduced in color in the print version, a charge will apply.

Charges for color figures in print are £300 per figure (\$400 US Dollars; \$500 Australian Dollars; €350). For more than 4 color figures, figures 5 and above will be charged at £50 per figure (\$75 US Dollars; \$100 Australian Dollars; €65). Depending on your location, these charges may be subject to local taxes.

Copyright Options

Copyright allows you to protect your original material, and stop others from using your work without your permission. Taylor & Francis offers a number of different license and reuse options, including Creative Commons licenses when publishing open access. [Read more on publishing agreements](#).
Complying with Funding Agencies

We will deposit all National Institutes of Health or Wellcome Trust-funded papers into PubMedCentral on behalf of authors, meeting the requirements of their respective open access policies. If this applies to you, please tell our production team when you receive your article proofs, so we can do this for you. Check funders' open access policy mandates [here](#). Find out more about [sharing your work](#).

My Authored Works

On publication, you will be able to view, download and check your article's metrics (downloads, citations and Altmetric data) via [My Authored Works](#) on Taylor & Francis Online. This is where you can access every article you have published with us, as well as your [free eprints link](#), so you can quickly and easily share your work with friends and colleagues.

We are committed to promoting and increasing the visibility of your article. Here are some tips and ideas on how you can work with us to [promote your research](#).

Queries

If you have any queries, please visit our [Author Services website](#) or contact us [here](#).

Updated 14th June 2022