

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA**

EDGAR LUIS LIMA DE OLIVEIRA

**DEPRESSÃO EM PORTADORES DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA
HUMANA EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA. BELÉM, PARÁ.**



BELÉM

2009

EDGAR LUIS LIMA DE OLIVEIRA

**DEPRESSÃO EM PORTADORES DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA
HUMANA EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA. BELÉM, PARÁ.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
para obtenção do grau em Medicina pela
Universidade Federal do Pará.

Orientador: Prof. Dr. Benedito Paulo
Bezerra.

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Rita de
Cássia Costa Monteiro.

BELÉM

2009

EDGAR LUIS LIMA DE OLIVEIRA

**DEPRESSÃO EM PORTADORES DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA
HUMANA EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA. BELÉM, PARÁ.**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do grau em Medicina pela
Universidade Federal do Pará.**

BANCA EXAMINADORA:

Julgado em: ____/____/____

Conceito: _____

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo amor infinito e incondicional mesmo por quem sentia não merecê-lo, por me ofertar o alimento tão necessário à alma através do Espiritismo e da Psicologia – que me esclarecem a razão de viver, aos meus pais, pela vida, pelo apoio e por todas as oportunidades oferecidas, aos orientadores, pela paciência e por compartilharem de sua experiência, à Dra. Kátia Petribu, que me ofereceu o precioso método de entrevista usado neste trabalho, aos doutores Maurício Tostes e Neury Botega pelos conselhos, à professora Mariseth Andrade pela análise estatística e dedicação, às minhas irmãs, aos amigos e à Dra. Martha Leão.

A flor respondeu: - Bobo! Acha que abro minhas pétalas para que vejam? Não faço isso para os outros, é para mim mesma, porque gosto. Minha alegria consiste em ser e desabrochar.

Arthur Schopenhauer

RESUMO

Esta pesquisa foi realizada no período de novembro de 2007 a janeiro de 2009, com o objetivo de conhecer a prevalência de transtorno depressivo maior em amostra de pacientes acometidos pelo vírus da imunodeficiência humana atendidos na Unidade de Referência de Doenças Infecciosas e Parasitárias Especiais, na cidade de Belém, Pará, assim como descrever aspectos do seu perfil sociodemográfico e clínico, investigar a existência de associação entre a presença de depressão e os níveis de linfócitos T CD4⁺ e o uso de medicações anti-retrovirais, além de descrever os sintomas depressivos dos quadros identificados. Utilizou-se o modelo epidemiológico individual-observacional seccional. Foram entrevistados 115 indivíduos para obtenção de informações referentes às suas características sócio-demográficas e clínicas e, posteriormente, utilizou-se o MINI International Neuropsychiatric Interview para diagnosticar depressão. Para aqueles identificados com transtorno depressivo maior atual, foram também utilizados o Inventário de Depressão de Beck e a sub-escala de depressão da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. A análise estatística foi realizada através do programa EPI INFO versão 6.04. A prevalência de depressão encontrada na amostra foi de 31,3%. Não houve predomínio por sexo; a maior parte dos entrevistados pertencia à faixa etária de 30 a 50 anos (74,8%), era heterossexual (65,2%), tinha apenas o ensino fundamental incompleto (39,1%), recebia algum benefício do governo (33,0%) e morava em Belém (58,3%). A maioria dos participantes (77,7%) havia recebido o diagnóstico da infecção fazia mais de um ano em relação ao período da entrevista; 76,5% faziam uso de anti-retrovirais e 60,9% contavam com nível de linfócitos T CD4⁺ abaixo de 350 células/mm³. Não houve associação entre a presença de depressão e o uso de medicações anti-retrovirais, nem entre a presença de depressão e os níveis de linfócitos T CD4⁺. Os participantes identificados com depressão atual apresentaram como sintomas depressivos mais freqüentes tristeza, auto-acusações, fadiga, irritabilidade, distúrbio do sono e preocupação somática. Obteve-se elevadíssima prevalência dos transtornos de humor pesquisados (depressão e transtorno bipolar), que, somadas, atingiram 60% dos entrevistados. Por isso, é fundamental que indivíduos infectados pelo vírus recebam atenção especial para esses transtornos, uma vez que as doenças psiquiátricas podem comprometer sua qualidade de vida, prejudicar a aderência ao tratamento anti-retroviral, diminuir a sobrevida, facilitar comportamentos de risco e, portanto, contribuir para a propagação do vírus.

Palavras-chave: Depressão, VIH, sida, MINI.

ABSTRACT

This survey was carried out from November 2007 to January 2009, with the aim to know the prevalence of major depressive disorder in sample of patients with human immunodeficiency virus infection seen at the Reference Center for Parasitic and Infectious Special Diseases, in the city of Belém, Pará, as well as to describe aspects of their sociodemographic and clinical features, to investigate if depression is associated with CD4+ T lymphocytes counts and with the use of antiretroviral drugs, and to describe the symptoms from those who had depression. The epidemiologic study design used was cross-sectional. 115 subjects were submitted to an interview in order to obtain information about sociodemographic and clinical features and assessed for depression using the MINI International Neuropsychiatric Interview. The participants identified with current major depression were also evaluated with the sub-scale of depression of the Hospital Anxiety and Depression Scale and with the Beck Depression Inventory. The statistics analysis was carried out in the EPI INFO program version 6.04. The prevalence of depression found was 31,3%. There was no predominant sex; most of the individuals were between 30 and 50 years old (74.8%), were heterosexual (65.2%), had only incomplete primary school (39.1%), received some benefit from the government (33.0%) and lived in Belém (58.3%). The majority of the participants (77.7%) had the diagnosis of the infection for more than one year before the interview; 76.5% were using antiretroviral drugs and 60.9% had CD4+ T lymphocytes counts under 350 cells/mm³. Depression was not associated to levels of CD4+ T lymphocytes, nor to the use of antiretroviral drugs. The most frequent symptoms in those identified with current major depression were sadness, self-criticalness, fatigue, irritability, change in sleep patterns and somatic concern. The prevalence of depression and bipolar affective disorder was very high, affecting 60% of the participants. Therefore, it is necessary that individuals infected by the human immunodeficiency virus receive special attention for these disorders, since psychiatric illnesses can compromise their quality of life, jeopardize the adherence to the antiretroviral therapy, decrease the time of survival, facilitate risky behaviors and, hence, contribute for the propagation of the virus.

Key-words: Depression, HIV, AIDS, MINI.

LISTA DE TABELAS

	Pág.
TABELA 1 - Distribuição dos aspectos sócio-demográficos dos 115 participantes entrevistados na URE DIPE, novembro de 2007 a janeiro de 2009. Belém, Pará.....	35
TABELA 2 – Distribuição dos 115 participantes entrevistados na URE DIPE, de acordo com o município de residência, novembro de 2007 a janeiro de 2009. Belém, Pará.....	36
TABELA 3 – Distribuição dos 115 participantes entrevistados na URE DIPE segundo os aspectos clínicos investigados, novembro de 2007 a janeiro de 2009. Belém, Pará....	37
TABELA 4 - Distribuição dos pacientes com depressão entrevistados na URE DIPE, de acordo com o sexo, novembro de 2007 a janeiro de 2009. Belém, Pará.....	38
TABELA 5 - Distribuição dos pacientes com depressão, de acordo com a faixa etária, entrevistados na URE DIPE, novembro de 2007 a janeiro de 2009. Belém, Pará.....	39
TABELA 6 - Distribuição dos pacientes identificados com depressão entrevistados na URE DIPE, de acordo com a orientação sexual, novembro de 2007 a janeiro de 2009. Belém, Pará.....	39
TABELA 7 - Distribuição dos pacientes identificados com depressão entre os entrevistados na URE DIPE, quanto ao nível de escolaridade, novembro de 2007 a janeiro de 2009. Belém, Pará.....	40
TABELA 8 – Distribuição, quanto à situação ocupacional, dos pacientes identificados com depressão na URE DIPE, novembro de 2007 a janeiro de 2009. Belém, Pará.....	40
TABELA 9 – Distribuição dos pacientes identificados com depressão na URE DIPE, quanto ao tempo de diagnóstico, novembro de 2007 a janeiro de 2009. Belém, Pará.....	41
TABELA 10 – Distribuição quanto ao uso de anti-retrovirais dos pacientes com e sem	

depressão entrevistados na URE DIPE, novembro de 2007 a janeiro de 2009. Belém, Pará.....	41
---	----

TABELA 11 – Distribuição dos pacientes com e sem depressão segundo o nível de linfócitos T CD4+, novembro de 2007 a janeiro de 2009. Belém, Pará.....	42
---	----

TABELA 12 – Distribuição da frequência dos sintomas depressivos nos pacientes identificados com depressão atual entrevistados na URE DIPE, novembro de 2007 a janeiro de 2009. Belém, Pará.....	43
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

ARV: anti-retrovirais

DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais, 4ª edição, texto revisado

HAD: Hospital Anxiety and Depression Scale

IDB: Inventário de Depressão de Beck

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MINI: MINI International Neuropsychiatric Interview

OMS: Organização Mundial da Saúde

sida: síndrome da imunodeficiência adquirida

UNAIDS/WHO: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS – World Health Organization

URE DIPE: Unidade de Referência de Doenças Infecciosas e Parasitárias Especiais

VIH: vírus da imunodeficiência humana

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. REVISÃO DE LITERATURA	14
3. CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	25
4. RESULTADOS.....	33
4.1. Descrição dos resultados da população total dos entrevistados.....	34
4.2. Descrição dos dados referentes aos participantes identificados com depressão	38
5. DISCUSSÃO.....	44
6. CONCLUSÃO.....	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51
APÊNDICES.....	57
ANEXOS.....	61

1. INTRODUÇÃO

Desde o início da epidemia da síndrome da imunodeficiência adquirida (sida), têm-se reconhecido diversas manifestações psiquiátricas em indivíduos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) – que acometem com maior frequência a população infectada pelo VIH do que a população geral (MORAES; OLIVEIRA; TOSTES, 2006).

De acordo com Mello e Malbergier (2006), além de ser grave e incurável, colocando o indivíduo face a face com a morte, a infecção pelo VIH causa, desde o início, violentas reações de discriminação e exclusão social. Estes pesquisadores afirmam que eventos estressores – frente aos quais muito frequentemente se acham os indivíduos infectados pelo VIH – aumentam três a quatro vezes o risco de desenvolver depressão, entre os quais, estão: conflitos e separação de um relacionamento amoroso; sérios problemas financeiros; dificuldades no trabalho; desemprego; doenças físicas; problemas domésticos; problemas com pessoas próximas, entre outros.

As poucas pesquisas nacionais encontraram prevalência de 25,8-38% de depressão em pacientes com VIH, mas esses estudos foram realizados com amostras muito específicas, exclusivamente femininas (LOVISI; MORGADO, 1996; TOSTES; CHALUB; BOTEGA, 2004; MELLO; MALBERGIER, 2006), sendo necessária exploração mais ampla desta população.

A depressão é uma das doenças psiquiátricas mais frequentes e, no entanto, pouco diagnosticadas relacionadas à infecção pelo VIH/Sida. Em artigo de revisão, CRUESS et al. (2003) verificaram que os transtornos depressivos, em vários estudos, vêm sendo associados à menor adesão ao tratamento anti-retroviral, à pior qualidade de vida e à evolução menos favorável da doença.

Conhecer fatores psicossociais relacionados à infecção pelo VIH e suas associações com comportamentos saudáveis podem traduzir-se em protocolos de tratamento mais efetivos que incluam esses fatores, além de diminuir a baixa aderência ao tratamento anti-retroviral e reduzir a propagação da doença (WHETTEN et al., 2008). Por isso, é fundamental investigar a saúde mental dos pacientes acometidos pelo vírus.

O presente estudo teve como objetivos:

- A) Conhecer a prevalência de transtorno depressivo maior em amostra de pacientes acometidos pelo VIH/Sida de uma unidade de referência em doenças infecciosas;
- B) Descrever aspectos do seu perfil sociodemográfico;
- C) Descrever aspectos do seu perfil clínico;
- D) Investigar a existência de associação entre a presença de depressão e os níveis de linfócitos T CD4+;
- E) Investigar a existência de associação entre a presença de depressão e o uso de medicações anti-retrovirais;
- F) Descrever sintomas depressivos dos participantes identificados com depressão.

2. REVISÃO DE LITERATURA

O humor é a manifestação externa do tom emocional que colore a psicologia do indivíduo, podendo ser normal, deprimido (como no episódio depressivo maior) ou elevado (como no episódio maníaco) (DUBOVSKY, S.; DAVIES; DUBOVSKY, A., 2006). Pessoas normais podem experimentar humores diferentes ao longo do dia, mas possuem algum controle sobre o mesmo. As pessoas com humor patológico apresentam perda da sensação de controle e uma experiência subjetiva de grande sofrimento (SADOCK, B.; SADOCK, V., 2007).

Indivíduos com humor deprimido apresentam diminuição de interesse e energia, baixa auto-estima, sentimentos de culpa, pensamentos de morte ou suicídio, dificuldade de concentração e diminuição do apetite (SADOCK, B.; SADOCK, V., 2007). A depressão é uma condição médica comum, incapacitante, podendo tornar-se crônica e recorrente (FLECK, 2003). Sougey e Petribu (2004, p. 600) comentam em termos gerais o estado de depressão:

[...] sofrer de depressão significa não conseguir desfrutar os prazeres normais da vida, experimentar sentimentos persistentes de inadequação, tristeza profunda ou irritação, desamparo ou pessimismo exagerado. A depressão distorce o modo da pessoa interpretar os acontecimentos, produzindo os chamados pensamentos disfuncionais de pessimismo, culpa, auto-acusação, morte, incurabilidade, entre outros.

Estudos em países ocidentais têm mostrado que a depressão é uma doença freqüente, com uma prevalência durante a vida de cerca de 16% na população em geral (KESSLER et al., 2003). Não existe um dado concreto sobre a prevalência de depressão no Brasil. Almeida-Filho et al. (1997) realizaram estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica nas cidades de Brasília, Porto Alegre e São Paulo, entrevistando 6.476 pessoas usando o Questionário de Morbidade Psiquiátrica de Adultos e encontraram prevalência de depressão de menos de 3% em São Paulo e Brasília e de 10% em Porto Alegre.

Sabe-se também que a doença atinge duas vezes mais mulheres que homens, é mais freqüente em solteiros ou divorciados e que 15% a 20% dos doentes cometem suicídio (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, 2002; SADOCK, B.; SADOCK, V., 2007). A duração média de um episódio é de 20 semanas (FLECK et al., 2003). O risco para apresentar novos episódios aumenta a cada nova recorrência; cada novo episódio tende a ocorrer mais cedo e mais abruptamente e com os sintomas anteriores mais graves, além de novos sintomas (DUBOVSKY, S.; DAVIES; DUBOVSKY, A., 2006).

Fontana (2005) considera que apenas metade dos deprimidos costuma receber tratamento específico, muitas vezes por preconceito ou desconhecimento dos pacientes sobre a doença, descrença em relação ao tratamento e a indevida consideração dos sintomas como reações normais ao estresse, por parte dos médicos não-psiquiatras.

A Associação Psiquiátrica Americana, na revisão da quarta edição do seu Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM-IV-TR), descreve os critérios diagnósticos para episódio depressivo maior, relacionando os vários sintomas da doença. Duas características servem como condições primárias para o diagnóstico: (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades. Além destes, o indivíduo deve apresentar pelo menos quatro dos sintomas listados a seguir (ou três se os dois primeiros estão presentes): alterações no apetite ou peso; distúrbio do sono; alteração na atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldade para pensar, concentrar-se ou tomar decisões; pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida. É necessário que os sintomas estejam presentes na maior parte do dia, praticamente todos os dias, por no mínimo duas semanas e que causem sofrimento ou prejuízo social/profissional importante para o indivíduo. Deve-se excluir episódio misto e sintomas cujos efeitos são melhor explicados por uso de substâncias (drogas de abuso ou medicamento), por condições médicas em geral ou luto (DSM-IV-TR, 2002 apud MORENO, D.; DIAS; MORENO, R., 2007). Segundo Dubovsky, S.; Davies e Dubovsky, A. (2006), o transtorno depressivo maior se caracteriza por um ou mais episódios depressivos na ausência de mania ou hipomania.

A etiologia da depressão é desconhecida, mas sabe-se da influência de fatores biológicos, genéticos e psicossociais (FONTANA, 2005). Quanto aos fatores biológicos, alterações nos sistemas noradrenérgico e serotoninérgico são os mais implicados nas doenças do humor, assim como desregulações neuroendócrinas podem levar à depressão. O padrão de herança genético relacionado ao transtorno do humor é complexo, mas sabe-se que é um fator importante associado à doença, demonstrado pelos estudos em gêmeos, por exemplo. Os fatores psicossociais podem ser qualquer acontecimento na vida, como a perda de um parente ou cônjuge, desemprego e ambiente estressante. De acordo com a teoria cognitiva, a tríade da depressão consiste numa autopercepção negativa (visão de si mesmo), uma tendência a vivenciar o mundo como um ambiente hostil e exigente (visão do ambiente) e a criar

expectativas de sofrimento e fracasso quanto ao futuro (visão de futuro) – são moldes cognitivos depressogênicos (SADOCK, B.; SADOCK, V., 2007). Todos esses fatores podem estar presentes em algum nível num indivíduo, mas se relacionam de forma muito complexa, ainda não compreendida, para formar a suscetibilidade individual à depressão.

O transtorno depressivo maior e o transtorno bipolar do humor são os dois principais transtornos do humor e deve ser feito o diagnóstico diferencial entre essas duas patologias uma vez que o transtorno bipolar pode cursar com episódios de humor depressivo.

Nos transtornos do humor bipolar, a depressão se alterna ou está misturada (episódio misto) à mania ou à hipomania, sendo que pacientes que tiveram apenas mania recorrente (unipolar) recebem o diagnóstico de transtorno do humor bipolar (DUBOVSKY, S.; DAVIES; DUBOVSKY, A., 2006). Pessoas com humor elevado apresentam expansividade, fuga de idéias, redução do sono, elevada auto-estima e idéias grandiosas (SADOCK, B.; SADOCK, V., 2007).

O diagnóstico de episódio maníaco pelo DSM-IV-TR requer humor persistente e anormalmente elevado, expansivo ou irritável durando pelo menos uma semana e causando prejuízo significativo. Caso seja necessária a hospitalização antes de uma semana, o diagnóstico também pode ser feito. Além da alteração de humor, pelo menos três (ou quatro se o humor é apenas irritável) dos seguintes sintomas devem estar presentes: auto-estima inflada ou grandiosidade; menor necessidade de sono; pressão para falar; fuga de idéias ou pensamentos correndo; distratibilidade; aumento da atividade dirigida a objetivos ou agitação psicomotora; envolvimento excessivo em atividades prazerosas. Deve-se excluir episódio misto e sintomas cujos efeitos são melhor explicados por uso de substâncias (drogas de abuso ou medicamento) ou por condições médicas em geral (DSM-IV-TR, 2002 apud MORENO, D.; DIAS; MORENO, R., 2007).

De acordo com Moreno, R.; Moreno, D. e Ratzke (2005), a hipomania é um estado semelhante à mania, porém mais leve, geralmente breve, durando menos de uma semana e havendo mudança no humor do estado habitual do paciente para euforia ou irritabilidade, reconhecida por quem convive com o indivíduo, além de hiperatividade, tagarelice, diminuição da necessidade de sono, aumento da sociabilidade, atividade física, iniciativa, impaciência, atividades prazerosas, libido e sexo. O prejuízo funcional e social ao paciente

não é tão intenso quanto o da mania, não ocorrem sintomas psicóticos nem requer hospitalização (MORENO, R.; MORENO, D.; RATZKE, 2005). No DSM-IV-TR, a duração mínima de quatro dias é necessária para a confirmação do diagnóstico de hipomania e os sintomas são os mesmos da mania (DSM-IV-TR, 2002 apud MORENO, D.; DIAS; MORENO, R., 2007).

A sida tem se tornado objeto de interesse por parte de profissionais de saúde mental essencialmente por duas razões: o tropismo do VIH pelo sistema nervoso central, podendo contribuir para o surgimento de doenças neuropsiquiátricas, e pelo impacto psicológico e social do diagnóstico e da evolução da infecção nos indivíduos afetados (MALBERGIER; SCHÖFFEL, 2001).

Em estudo de meta-análise, Ciesla e Roberts (2001) verificaram que a infecção pelo VIH está associada a um maior risco de desenvolver o transtorno depressivo maior. Da mesma forma, membros da Associação Brasileira de Psiquiatria afirmam que a depressão é considerada um dos principais transtornos psiquiátricos observados no curso da infecção pelo VIH (TOSTES, 2006).

Descobrir-se infectado pelo VIH ainda representa um grande impacto para a maioria das pessoas. O estigma e o preconceito persistem e podem tornar a convivência com a doença difícil no âmbito familiar, profissional e comunitário. Frequentemente o indivíduo depara-se com diversas perdas, seja em sua autonomia, em sua auto-imagem, em seu desempenho físico e nos seus relacionamentos, entre outros aspectos da sua vida. A sida provoca grandes mudanças na perspectiva de futuro dos indivíduos acometidos e a relação com a vida muda de forma significativa (TOSTES, 2006).

Pacientes deprimidos estão muito mais propensos a abandonar a terapia anti-retroviral e apresentar comportamentos de risco (WHETTEN et al., 2008; TREISMAN; ANGELINO, 2007), como fazer sexo sem proteção em troca de dinheiro ou drogas, ou sob efeito de álcool/drogas e manter vários parceiros (HUTTON et al., 2004). Em um estudo, percebeu-se que pacientes infectados pelo VIH deprimidos têm uma resposta clínica ao vírus inferior quando iniciam o tratamento anti-retroviral (PENCE, 2007). Portanto, identificar e tratar a depressão em pacientes infectados pelo VIH tem importância na prevenção de

comportamentos de risco e da transmissão do vírus, pode melhorar a qualidade de vida e a adesão dos pacientes ao tratamento.

No Brasil, os três principais estudos sobre saúde mental de pacientes com VIH foram realizados com populações exclusivamente femininas. Mello e Malbergier (2006), em São Paulo, para avaliar a prevalência de depressão e outros transtornos depressivos em mulheres infectadas pelo VIH, realizaram 120 entrevistas utilizando o Structured Clinical Interview for DSM-IV, tendo encontrado uma prevalência de 25,8% de depressão atual. Tostes, Chalub e Botega (2004) encontraram prevalência de 30,3% de depressão ao entrevistar 76 mulheres no Rio de Janeiro utilizando a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e verificaram que a presença de doença psiquiátrica afeta significativamente a qualidade de vida destas mulheres. Lovisi e Morgado (1996), também no Rio de Janeiro, identificaram que principalmente o transtorno depressivo estava associado com ausência de suporte social, após entrevistarem 44 mulheres com VIH usando o Composite International Diagnostic Interview e encontrarem prevalência de 75% de transtornos psiquiátricos, sendo que a prevalência de depressão foi de cerca de 38%.

Quanto às pesquisas internacionais, nos Estados Unidos Bing et al. (2001) realizaram a primeira estimativa nacional de doenças psiquiátricas em adultos infectados pelo VIH entrevistando amostra de 2.864 pessoas de ambos os sexos com o Composite International Diagnostic Interview e identificaram prevalência de 36% de transtorno depressivo maior. Na Colômbia, foram entrevistados 137 indivíduos com a escala do Center for Epidemiological Studies – Depression e 64% apresentaram sintomas depressivos, considerados como portadores de depressão (VALÊNCIA et al., 2007).

Morrison et al. (2002) identificaram uma prevalência quatro vezes maior de depressão atual em mulheres infectadas com VIH em comparação com não infectadas. Apesar deste dado, estes pesquisadores citam estudos que afirmam que a prevalência de depressão identificada é similar à de pacientes com câncer ou com doenças cardiovasculares, sugerindo que a grande incidência de depressão é comum a doenças crônicas importantes e não específica da infecção pelo VIH.

Em artigo de revisão, Malbergier e Schöffel (2001) afirmam que, entre os pacientes infectados pelo VIH, os principais sintomas psíquicos são humor deprimido, perda de

interesse, culpa, desvalorização, desesperança e ideação suicida; enquanto que os principais sintomas somáticos são alterações do apetite, perda de peso, alterações de sono, fadiga, agitação ou retardo psicomotor.

Vários medicamentos utilizados na infecção pelo VIH também podem ocasionar sintomas depressivos, como zidovudina, aciclovir, metronidazol, antiinflamatórios não esteroidais, anabolizantes e corticosteróides (MORAES; OLIVEIRA; TOSTES, 2006).

Apesar de ainda não haver consenso, cada vez mais pesquisas têm sugerido que a depressão pode acelerar a evolução da infecção pelo VIH. Ickovics et al. (2001), em estudo prospectivo avaliando 765 mulheres infectadas pelo VIH, mostraram que sintomas depressivos na casuística em estudo estavam associados com a progressão da doença e ao aumento da morbimortalidade.

Pesquisas mostraram que sintomas depressivos, eventos estressores e a depressão em si estão associados à alterações qualitativas e quantitativas no sistema imunológico que poderiam explicar uma mais rápida progressão para sida (EVANS et al., 1997; EVANS et al., 2002; LESERMAN et al., 1999).

Dados da OMS (UNAIDS/WHO, 2008) estimam que, desde o início de sua pandemia, em 1981, o VIH já provocou 25 milhões de mortes no mundo todo e gerou mudanças demográficas profundas nos países mais acometidos. Numa escala global, a epidemia se estabilizou, apesar dos inaceitáveis números de novas infecções e mortes. Estimou-se que 33 milhões de pessoas viviam com VIH no mundo em 2007, sendo 730.000 no Brasil. Globalmente, o número de novos casos de infecção pelo VIH caiu de 3 milhões em 2001 para 2,7 milhões em 2007 e o número de óbitos devido à infecção aumentou de 1,7 milhão em 2001 para 2 milhões em 2007. O número de pessoas vivendo com VIH (50% mulheres) aumentou de forma significativa devido às novas infecções a cada ano, somadas ao aumento da sobrevivência dos pacientes proporcionado pelo tratamento e o número de novos casos ainda superarem as mortes pela doença. Jovens de 15-24 anos são responsáveis por 45% das novas infecções no mundo todo (ibid.).

O Ministério da Saúde do Brasil, em seu Boletim Epidemiológico, divulgou que de 1980 a junho de 2008 foram identificados um total de 506.499 casos de sida no Brasil, sendo

4% na região Norte, 12% na região nordeste, 60% na região sudeste, 19% na região sul e 6% no centro-oeste do país. Na série história, a razão entre os sexos masculino e feminino vem diminuindo, passando de 15,1:1 em 1986 para 1,5:1 em 2006. Do total de casos, mais de 70% estavam na faixa etária entre 25 a 49 anos. Houve também incremento das taxas de incidência de sida na faixa etária de maiores de 50 anos em ambos os sexos, além de tendência de crescimento proporcional da subcategoria de exposição heterossexual, estabilização entre homo/bissexuais e redução entre usuários de drogas injetáveis. Em 2006, houve predomínio de transmissão entre os heterossexuais (BRASIL, 2008a).

O VIH é transmitido por via sexual, parenteral e vertical (RÁCZ, 2004) e infecta principalmente as células que possuem a molécula CD4 – um receptor de alta afinidade para o vírus, o que explica o tropismo seletivo dele pelos linfócitos T CD4+ e por demais células CD4+, especialmente monócitos/macrófagos e células dendríticas (ABBAS, 2005). A infecção se estabelece nos tecidos linfóides, onde o vírus pode permanecer latente por longos períodos. O sistema imune do hospedeiro controla a viremia (apesar de que a replicação viral continua nas células T e nos macrófagos) e o indivíduo entra numa fase de latência clínica. Uma deterioração gradual das células T CD4+ dá-se de forma contínua e, quando finalmente o número de células CD4+ declina significativamente, o paciente desenvolve os sintomas clínicos da sida. A imunodepressão profunda é a condição definidora de sida e resulta principalmente da infecção das células T CD4+ e da perda destas, bem como de uma disfunção na atividade das células T que sobrevivem (ibid.).

Junto com o sistema linfóide, o sistema nervoso é o principal alvo da infecção pelo VIH, sendo que os macrófagos e as células microgliais são os tipos celulares predominantemente infectados pelo vírus no cérebro. Apesar de o mecanismo de lesão cerebral induzida pelo vírus permanecer desconhecido, há grandes evidências de que o VIH seja levado ao cérebro por monócitos infectados e que o déficit neurológico ocorra indiretamente por produtos virais e por fatores solúveis (especialmente as interleucinas 1 e 6 e o fator de necrose tumoral alfa) produzidos pelas células microgliais infectadas (ABBAS, 2005; CARVALHAL, 2004), facilitando o desenvolvimento de afecções mentais como a demência associada ao VIH e o transtorno neurocognitivo leve associado ao VIH, infecções oportunistas e neoplasias do sistema nervoso central (SADOCK, B.; SADOCK, V., 2007).

Em artigo de revisão, Pantaleo, Graziosi e Fauci (1993) descreveram o curso da doença da seguinte forma: infecção aguda, período de latência clínica, fase sintomática pré-sida e síndrome da imunodeficiência adquirida.

Na infecção aguda mais de 50% dos indivíduos infectados pelo VIH são acometidos por uma síndrome semelhante à mononucleose, entre três a seis semanas depois da infecção (PANTALEO; GRAZIOSI; FAUCI, 1993). A quantidade de linfócitos T CD4⁺ pode diminuir drasticamente nesta etapa; a resposta imune humoral e celular contra o VIH se manifesta em uma semana a três meses após a infecção, levando à queda da viremia e recuperação de células T CD4⁺. Em contrapartida, a imunidade não elimina completamente a infecção e as células infectadas pelo VIH permanecem nos linfonodos (ibid.).

Os sintomas agudos são auto-limitados, duram em média 14 dias e podem ser febre, adenopatia, faringite, mialgia, artralgia, hiporexia, adinamia, cefaléia, fotofobia, hepatoesplenomegalia, perda de peso, náuseas, vômitos, rash cutâneo maculopapular eritematoso, ulcerações muco-cutâneas envolvendo mucosa oral, esôfago e genitália (BRASIL, 2009).

Depois do quadro agudo, o indivíduo passa por um período de latência clínica, permanecendo cerca de 7 a 12 anos assintomático e sem apresentar achados no exame clínico, exceto a ocorrência de adenopatia generalizada persistente, “flutuante” e indolor, em alguns pacientes (BRASIL, 2009).

A taxa de declínio de linfócitos T CD4⁺ é de 30 a 90 células/mm³/ano e, conseqüente a essa deterioração progressiva do sistema imunológico, em grande parte dos pacientes há o aparecimento de manifestações de imunodeficiência e, posteriormente, sida (ibid.).

Com uma avançada imunodeficiência, caracterizada por contagens de linfócitos T CD4⁺ inferiores a 200 células/mm³, os indivíduos têm sérios riscos de desenvolver infecções oportunistas mais graves, tais como: esofagite por *Candida*, sarcoma de Kaposi, pneumonia bacteriana recorrente ou por *Pneumocystis jiroveci*, encefalite pelo *Toxoplasma gondii*, entre outras (ibid.).

No Brasil existe um protocolo estabelecido para definição de caso de sida, em adultos e crianças, emitido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004). São três os critérios utilizados na definição daqueles com 13 ou mais anos de idade. Há um critério para casos que já foram ao óbito sem diagnóstico de sida definido em vida, e outros dois, os critérios CDC adaptado e o Rio de Janeiro/Caracas, utilizados para o diagnóstico de caso entre vivos.

No critério CDC adaptado, os indivíduos com idade a partir de 13 anos que apresentarem evidência laboratorial da infecção pelo VIH (dois testes de triagem para detecção de anticorpos anti-HIV ou um confirmatório reagente), no qual seja diagnosticada imunodeficiência (pelo menos uma doença indicativa de sida e/ou contagem de linfócitos T CD4+ abaixo de 350 células/mm³) são considerados casos de sida (BRASIL, 2004).

Recomenda-se, para o diagnóstico laboratorial da infecção pelo VIH, que todas as amostras de soro ou plasma devem ser submetidas inicialmente a um exame de triagem sorológica, o Elisa (reação de ensaio imunoenzimático). Se o resultado for não-reagente, define-se amostra negativa para o VIH. Se o resultado for reagente ou inconclusivo, deve-se submeter a amostra a uma etapa de confirmação sorológica, composta de um segundo imunoenensaio (diferente do primeiro na sua constituição antigênica ou princípio metodológico) e testes confirmatórios, como a Imunofluorescência indireta (IFI), Imunoblot ou Western blot (BRASIL, 2008b). Estes exames estabelecem a evidência da infecção pelo VIH.

Como evidência de imunodeficiência, considera-se uma contagem de linfócitos TCD4 menor do que 350 células/mm³ e/ou o diagnóstico de pelo menos uma das doenças indicativas de sida listadas a seguir (BRASIL, 2004):

- Câncer cervical invasivo;
- Candidose de esôfago, traquéia, brônquios ou pulmões;
- Citomegalovirose em qualquer outro local que não sejam fígado, baço e linfonodos;
- Criptococose extrapulmonar;
- Criptosporidiose intestinal crônica (período superior a um mês);
- Herpes simples mucocutâneo, por um período superior a 1 mês;
- Histoplasmose disseminada (localizada em quaisquer órgãos que não exclusivamente em pulmão ou linfonodos cervicais/hilares);
- Isosporidiose intestinal crônica (período superior a um mês);

- Leucoencefalopatia multifocal progressiva;
- Linfoma não-Hodgkin de células B; linfomas dos seguintes tipos histológicos: Linfoma maligno de células grandes ou pequenas não clivadas (tipo Burkitt ou não-Burkitt) e Linfoma maligno imunoblástico sem outra especificação;
- Linfoma primário do cérebro;
- Pneumonia por *Pneumocystis jiroveci*;
- Qualquer micobacteriose disseminada em órgãos outros que não sejam o pulmão, pele ou linfonodos cervicais/hilares (exceto tuberculose ou hanseníase);
- Reativação de doença de Chagas;
- Sepses recorrentes por bactérias do gênero *Salmonella* (não tifóide);
- Toxoplasmose cerebral.

No critério Rio de Janeiro/Caracas, além da evidência laboratorial de infecção pelo VIH, o indivíduo precisa alcançar 10 pontos em uma tabela de sinais e sintomas, os quais têm suas respectivas pontuações. Na tabela, contam-se:

- Dois (2) pontos: anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia; astenia; caquexia; dermatite persistente; diarreia; febre; linfadenopatia; tosse persistente.

- Cinco (5) pontos: candidose oral ou leucoplasia pilosa; disfunção do sistema nervoso central; herpes zoster em indivíduos com até 60 anos de idade; tuberculose pulmonar, pleural ou de linfonodos localizados numa única região.

- Dez (10) pontos: outras formas de tuberculose; sarcoma de Kaposi.

Atualmente, de acordo com a orientação do Ministério da Saúde do Brasil, devido a dificuldades muitas vezes encontradas para a realização da sorologia anti-HIV, e considerando sua boa sensibilidade e especificidade, o teste rápido para o diagnóstico de infecção pelo VIH também pode ser utilizado para estabelecer a evidência laboratorial de infecção, especialmente em situações em que é necessário um diagnóstico urgente, como nas gestantes que não tenham sido testadas para o VIH durante o pré-natal, ou em indivíduos que vivem em locais de difícil acesso. Estas normas foram estabelecidas em Portaria (BRASIL, 2005).

3. CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Nesta pesquisa utilizou-se o modelo epidemiológico individual-observacional seccional.

3.2 Local da pesquisa

Este estudo desenvolveu-se na Unidade de Referência de Doenças Infecciosas e Parasitárias Especiais (URE DIPE), que funciona como ambulatório de referência para sida e outras doenças infecciosas, vinculada à Secretaria Executiva de Saúde Pública do Pará e que atende pacientes com VIH/Sida cadastrados na rede pública não só da capital paraense, mas de outros locais do interior do Estado. No ano de 2008, a URE DIPE contava com mais de 5.000 pacientes portadores do VIH matriculados

3.3 Período de estudo

Esta pesquisa foi desenvolvida desde abril de 2007 até abril de 2009. A coleta de dados foi realizada de novembro de 2007 a janeiro de 2009

3.4 População de referência

Definiu-se como população de referência todos os indivíduos portadores do VIH/Sida usuários da Unidade de Referência de Doenças Infecciosas e Parasitárias Especiais da cidade de Belém, Pará, Brasil.

3.5 População de estudo

Foi definida como população de estudo uma amostra de indivíduos portadores do VIH/Sida atendidos na URE DIPE que preencheram os critérios de inclusão.

3.6 Critérios de inclusão:

Foram definidos os seguintes critérios para inclusão dos indivíduos no presente estudo:

- a) Ser portador do VIH/Sida;
- b) Estar matriculado e sob atendimento ambulatorial no serviço;
- c) Ter idade superior ou igual a 18 anos;
- d) Não ter suas funções cognitivas prejudicadas ocasionando limites à entrevista;
- e) Consentir sua participação por escrito, após esclarecimento sobre os objetivos e metodologia do trabalho.

3.7 Variáveis estudadas

As variáveis estudadas, detalhadas no item 3.8.3, foram referentes a:

- a) Características demográficas;
- b) Características socioculturais;
- c) Presença de doença psiquiátrica atual ou passada e realização de tratamento específico para tais transtornos;
- d) Tempo do diagnóstico da infecção pelo vírus VIH;
- e) Se faz uso de medicamentos anti-retrovirais;
- f) Nível de linfócitos T CD4+;
- g) Sintomas psíquicos e somáticos de acordo com os questionários aplicados.

3.8 Procedimentos

3.8.1 Convite e transmissão das informações aos participantes do estudo

No período de novembro de 2007 a janeiro de 2009, os indivíduos presentes na sala de espera e nos leitos do hospital dia, que preencheram os critérios de inclusão, foram convidados pelo autor a participar da pesquisa. Os participantes foram informados quanto aos objetivos, métodos, riscos e benefícios do trabalho, o caráter voluntário da participação e o anonimato a ser mantido. Foram entrevistados todos os pacientes que consentiram sua participação.

3.8.2 Termo de consentimento

Aos que concordaram em participar da pesquisa foi solicitado que assinassem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), que descrevia de forma sucinta e com linguagem acessível os objetivos, métodos, riscos e benefícios do trabalho, além de esclarecer quanto à orientação do autor, garantir os direitos do participante e fazer considerações acerca da importância da investigação.

3.8.3 Obtenção das informações

Para a obtenção de informações utilizou-se um questionário padrão produzido pelo autor da pesquisa (Apêndice B). A seguir estão especificadas todas as variáveis investigadas no respectivo questionário:

- Data da entrevista.

- Ficha ou Prontuário.
- Data de nascimento.
- Idade.
- Município onde mora.
- Sexo.

- Orientação sexual: a classificação abaixo, de acordo com Sadock, B. e Sadock, V. (2007), descreve o objeto dos impulsos sexuais do indivíduo:
 - a) heterossexual: o sexo oposto;
 - b) homossexual: o mesmo sexo;
 - c) bissexual: ambos os sexos;

- Grau de instrução: considerado aquele referido pelo entrevistado, sem necessidade de comprovação.
 - a) analfabeto: foi considerada analfabeta a pessoa que não sabe ler nem escrever um bilhete simples no idioma que conhece ou aquela que aprendeu a ler e escrever, mas esqueceu, e a que apenas assina o próprio nome, de acordo com o INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE, 2008);
 - b) ensino fundamental incompleto: foi considerado aquele que concluiu a 1ª série do ensino fundamental ou primeiro grau, mas não tivesse concluído a 8ª série do ensino fundamental ou primeiro grau;
 - c) ensino fundamental completo: foi considerado aquele que concluiu a 8ª série do ensino fundamental ou primeiro grau;
 - d) ensino médio incompleto: foi considerado aquele que concluiu a 1ª série do ensino médio ou 2º grau, mas que não concluiu a 3ª série do ensino médio ou 2º grau;
 - e) ensino médio completo: foi considerado aquele que concluiu a 3ª série do ensino médio ou 2º grau;
 - f) ensino superior incompleto: foi considerado aquele que concluiu a 1ª série do ensino superior, mas que não tivesse concluído o mesmo;
 - g) ensino superior completo: foi considerado aquele que concluiu a o ensino superior;
 - h) ignorado.

- Situação ocupacional: considerada aquela referida pelo entrevistado, sem necessidade de comprovação.

- a) empregado: pessoa que trabalha para um empregador (pessoa física ou jurídica), geralmente obrigando-se ao cumprimento de uma jornada de trabalho e recebendo em contrapartida uma remuneração em dinheiro (IBGE, 2008);
- b) desempregado: indivíduo que não possui emprego, não estuda nem recebe qualquer benefício;
- c) benefício: indivíduo que recebe algum auxílio financeiro governamental;
- d) aposentado: indivíduo aposentado segundo as leis trabalhistas brasileiras e que não estivesse exercendo trabalho remunerado;
- e) autônomo: indivíduo que exerce atividade que lhe proporciona alguma remuneração, mas dentro da economia informal;
- f) do lar: indivíduo do sexo feminino que estivesse exercendo somente atividade doméstica sem remuneração e em benefício de sua própria família e não estava em busca de emprego;
- g) estudante: indivíduo que estava estudando e que não exercia regularmente qualquer atividade remunerada dentro da economia formal ou informal;
- h) ignorado.

- Se alguma vez teve alguma doença psiquiátrica (como depressão) diagnosticada por profissional.

- Caso houvesse presença ou história de doença psiquiátrica, se já foi submetido(a) a tratamento específico para tais transtornos.

- Caso houvesse presença ou história de doença psiquiátrica, se esta teve início antes ou depois do diagnóstico da infecção pelo VIH.

- Há quanto tempo havia sido feito o diagnóstico da infecção para o VIH. O tempo de diagnóstico foi considerado o período entre o primeiro teste confirmatório ou o segundo teste de triagem (investigados nos prontuários dos pacientes) e a data da entrevista.

- Se faz uso de medicamentos anti-retrovirais.

- Qual o nível de linfócitos T CD4+ no período da entrevista. É consenso que as medições do nível de linfócitos T CD4+ sejam realizadas a cada quatro meses (BRASIL, 2008b)

devido a pouca variação do nível destes leucócitos dentro deste intervalo de tempo. Por isso, admitiram-se como válidas para o estudo as medições de nível de linfócitos T CD4+ de até quatro meses antes da data da entrevista e até 2 meses após a entrevista. Este dado foi colhido revisando-se os prontuários dos pacientes. Foram considerados ignorados os dados de medições fora do período citado ou quando o exame ou o próprio prontuário não haviam sido encontrados.

Uma vez identificada alguma das doenças em questão (episódio depressivo maior, episódio maníaco ou hipomaníaco), o paciente recebia o endereço de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para que pudesse procurar acompanhamento especializado. Os CAPS recebem pacientes ambulatorialmente a livre-demanda, estão presentes em vários bairros de Belém e em cidades do interior e possuem geralmente equipe multiprofissional composta por médicos (especialistas ou não em psiquiatria), psicólogos e terapeutas ocupacionais.

Após o uso do questionário desenvolvido pelo autor, os participantes foram entrevistados através do MINI International Neuropsychiatric Interview (Anexo A), um questionário padronizado de rastreamento de transtornos psiquiátricos. Nos casos em que um episódio depressivo maior atual era diagnosticado pelo MINI, também foram usados o Inventário de Depressão de Beck (Anexo B) e a escala de depressão da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Anexo C).

O MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI) (Anexo A) é um questionário breve que visa o *screening* das principais doenças psiquiátricas (OLLEY et al., 2004). De acordo com Amorim (2000), é compatível com os critérios do DSM-IV e da CID-10, destina-se à utilização na prática clínica, na pesquisa em atenção primária e em psiquiatria, além de ter mostrado qualidades psicométricas similares às de outras entrevistas diagnósticas padronizadas mais complexas (Composite International Diagnostic Interview e o Structured Clinical Interview for DSM-III-R), com grande confiabilidade e permitindo uma redução de 50% ou mais no tempo da avaliação. O MINI pode ser utilizado para estudos epidemiológicos ou ainda para a avaliação breve de critérios diagnósticos em estudos longitudinais (AMORIM, 2000). Este instrumento caracteriza-se por sua organização por módulos diagnósticos independentes (neste estudo foram utilizados apenas os módulos Episódio Depressivo Maior e Episódio Hipomaníaco e Maníaco); prioriza a exploração dos transtornos atuais; as perguntas visam otimizar as respostas, podendo o entrevistado responder

apenas “sim” ou “não”; para quase todos os módulos diagnósticos uma ou duas questões de entrada que exploram critérios obrigatórios permitem excluir o diagnóstico em caso de ausência do sintoma explorado (ZAVASCHI et al., 2006; MOURA JUNIOR et al., 2008; ADEWUYA et al., 2007) . O MINI tem sido usado como padrão para validação de novas escalas (LOTRAKUL; SUMRITHE; SAIPANISH, 2008; OVUGA; BOARDMAN; WASSERMAN, 2005). O pesquisador recebeu este questionário de uma professora doutora em psiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco treinada para usar o MINI, com quem dirimiu dúvidas e pôde testar informalmente a aplicação do instrumento através da entrevista de um voluntário.

O Inventário de Depressão de Beck (IDB) (Anexo B) é um questionário padronizado para a avaliação do humor depressivo bastante utilizado na literatura (AMARAL et al., 2007), consistindo em 21 itens, cada um com quatro alternativas numeradas de zero a três. Os itens referem-se, respectivamente, à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto-depreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido (GORESTIEN; ANDRADE, 1998). O entrevistado lê as questões e escolhe a alternativa ou as alternativas que considerar melhor aplicável à sua condição. Os itens são graduados para refletir a gravidade dos sintomas, de neutro (0), até a intensidade máxima (3) (TANAJURA et al., 2002). No presente estudo, esta escala foi utilizada visando à exploração dos sintomas depressivos nos pacientes diagnosticados com depressão atual pelo MINI.

Uma vez que no diagnóstico de episódio depressivo maior existem critérios envolvendo sintomas somáticos, como fadiga, insônia e perda de peso, podendo-se confundir com sintomas de inúmeras doenças físicas, é necessário utilizar uma escala que conte apenas com critérios associados aos sintomas psíquicos da depressão. Para tanto, neste estudo foi utilizada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) (Anexo C), um questionário que avalia ansiedade e depressão particularmente em situações onde há uma doença física (MARCOLINO et al., 2007; CASTRO et al., 2006; FREITAS, BOTEAGA, 2002). Ela é composta de 14 questões de múltipla-escolha. Para os objetivos do presente trabalho, foi utilizada apenas a sub-escala de depressão, composta de 7 questões e cuja pontuação pode variar de 0 a 21, sendo que uma pontuação maior ou igual a 7 (ponto de corte usado na

validação no Brasil) definiu presença de depressão atual (BOTEGA et al., 1995). A HAD foi aplicada apenas após o diagnóstico de episódio depressivo maior atual ter sido realizado através do MINI.

3.8.4 Codificação e digitação dos dados

As informações obtidas no presente estudo foram codificadas e digitadas em um banco de dados criado no programa EXCEL 2007.

3.8.5 Análise estatística dos dados

As informações coletadas foram inseridas no programa EPI INFO versão 6.04 para análise estatística dos mesmos. Para análise da significância foi utilizado o teste Qui-Quadrado para avaliar a diferença entre as proporções das variáveis categóricas, adotando-se nível alfa = 0,05 (5%), através do software BioEstat 5.0.

3.9 Aspectos éticos

3.9.1 Parecer do Conselho de Ética

O projeto de pesquisa foi submetido para avaliação no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, protocolo número 115, sendo aprovado para realização em 02 de outubro de 2007 (ANEXO D).

3.9.2 Riscos

A pesquisa não apresentou riscos aos participantes.

3.9.3 Benefícios

Estudos como este permitem conhecer importantes aspectos da saúde mental dos indivíduos em questão, oferecendo subsídios para o diagnóstico de transtornos mentais e, conseqüentemente, o encaminhamento para um tratamento adequado. Após concluído, será enviada uma cópia do presente trabalho à URE DIPE para que sua coordenação tenha conhecimento dos resultados obtidos.

4. RESULTADOS

4.1 Descrição dos resultados da população total dos entrevistados.

O presente trabalho contou com 115 entrevistados, dentre os quais houve participação equivalente entre os sexos, com 50,4% (58/115) de homens e 49,6% (57/115) de mulheres. A faixa etária mais representativa foi a de 30 a 39 anos, com 43,5% (50/115) dos participantes, seguidos pelos que tinham entre 40 e 50 anos, com 31,3% (36/115). 17,4% (20/115) tinham entre 18 e 29 anos e 7,8% (9/115) tinham mais de 50 anos. A idade média foi de 37,6 anos, com mediana de 37 anos. Quanto à orientação sexual, houve predomínio daqueles que se declararam heterossexuais, representando 65,2% (75/115) dos entrevistados, seguidos dos homossexuais e bissexuais, com 15,7% (18/115) e 14,8% (17/115), respectivamente. A maior parte dos entrevistados não havia completado o ensino fundamental, com 39,1% (45/115), e a minoria tinha o ensino superior incompleto, com 2,6% (3/115). Quanto à ocupação, 33% (38/115) recebiam algum benefício do governo, 23,5% (27/115) estavam desempregados e apenas 2,6% (3/115) eram estudantes. Estas variáveis estão apresentadas na Tabela 1.

TABELA 1 - Distribuição dos aspectos sócio-demográficos dos 115 participantes entrevistados na URE DIPE, novembro de 2007 a janeiro de 2009. Belém, Pará.

VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	Frequência	%
SEXO		
Masculino	58	50,4%
Feminino	57	49,6%
Total	115	100,0%
FAIXA ETÁRIA		
18 a 29	20	17,4%
30 a 39	50	43,5%
40 a 50	36	31,3%
> 50	9	7,8%
Total	115	100,0%
ORIENTAÇÃO SEXUAL		
Heterossexual	75	65,2%
Homossexual	18	15,7%
Bissexual	17	14,8%
Não responderam	5	4,3%
Total	115	100,0%
ESCOLARIDADE		
Analfabeto	13	11,3%
Ensino Fundamental Incompleto	45	39,1%
Ensino Fundamental Completo	10	8,7%
Ensino Médio Incompleto	8	7,0%
Ensino Médio Completo	21	18,3%
Ensino Superior Incompleto	3	2,6%
Ensino Superior Completo	7	6,1%
Ignorado	8	7,0%
Total	115	100,0%
SITUAÇÃO OCUPACIONAL		
Benefício	38	33,0%
Desempregado	27	23,5%
Autônomo	15	13,0%
Aposentado	13	11,3%
Empregado	11	9,6%
Do Lar	7	6,1%
Estudante	3	2,6%
Ignorado	1	0,9%
Total	115	100,0%

Quanto ao local de residência dos entrevistados, 58,3% (67/115) residiam em Belém e 8,7% (10/115) em Ananindeua, conforme tabela 2.

TABELA 2 – Distribuição dos 115 participantes entrevistados na URE DIPE, de acordo com o município de residência, novembro de 2007 a janeiro de 2009. Belém, Pará.

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	Frequência	%
Belém	67	58,3%
Ananindeua	10	8,7%
Marituba	3	2,6%
Castanhal	3	2,6%
Parauapebas	3	2,6%
Castanhal	3	2,6%
Abaetetuba	2	1,7%
Barcarena	2	1,7%
Sta. Maria do Pará	2	1,7%
Marabá	2	1,7%
Santa Maria do Pará	2	1,7%
Vigia	2	1,7%
Outros	14	12,2%
TOTAL	115	100,0%

De acordo com a tabela 3, em 13,9% (16/115) dos prontuários não se encontrou o resultado do teste anti-HIV, sendo considerados ignorados para a variável tempo diagnóstico. Avaliando os 99 participantes de quem se obteve este dado, no período da entrevista fazia mais de 1 ano e menos de 4 anos que 40,4% (40/99) dos participantes tinham recebido o diagnóstico da infecção pelo VIH, enquanto 37,3% (37/99) haviam recebido o diagnóstico há mais de quatro anos. Faziam uso de anti-retrovirais 76,5% (88/115) dos indivíduos. Na análise da contagem dos níveis de linfócitos T CD4+, excluindo-se os ignorados (28/115), observou-se que entre os 87 participantes com resultado conhecido, 61,0% (53/87) tinham, no período da entrevista, contagem de linfócitos T CD4+ menores que 350 células/mm³. O nível médio de linfócitos T CD4+ foi de 321,6 células/mm³.

TABELA 3 – Distribuição dos 115 participantes entrevistados na URE DIPE segundo os aspectos clínicos investigados, novembro de 2007 a janeiro de 2009. Belém, Pará.

VARIÁVEIS CLÍNICAS	Frequência	%
TEMPO DE DIAGNÓSTICO		
Até o 1º ano	22	19,1%
Do 2º ao 4º ano	40	34,8%
Mais de 4 anos	37	32,1
Ignorado	16	13,9%
Total	115	100,0%
USO DE ANTI-RETROVIRAIS		
SIM	88	76,5%
NÃO	27	23,5%
Total	115	100,0%
NÍVEL DE LINFÓCITOS T CD4+		
> 350	34	29,6%
< 350	53	46,1%
Ignorado	28	24,3%
Total	115	100,0%

A prevalência de depressão encontrada foi de 31,3% (36/115), enquanto que de transtorno bipolar foi de 29,6% (34/115), como demonstrado na figura 1. Foram considerados sem transtorno do humor (45/115) aqueles que não preencheram os critérios do MINI para os transtornos pesquisados (depressão e transtorno bipolar do humor).

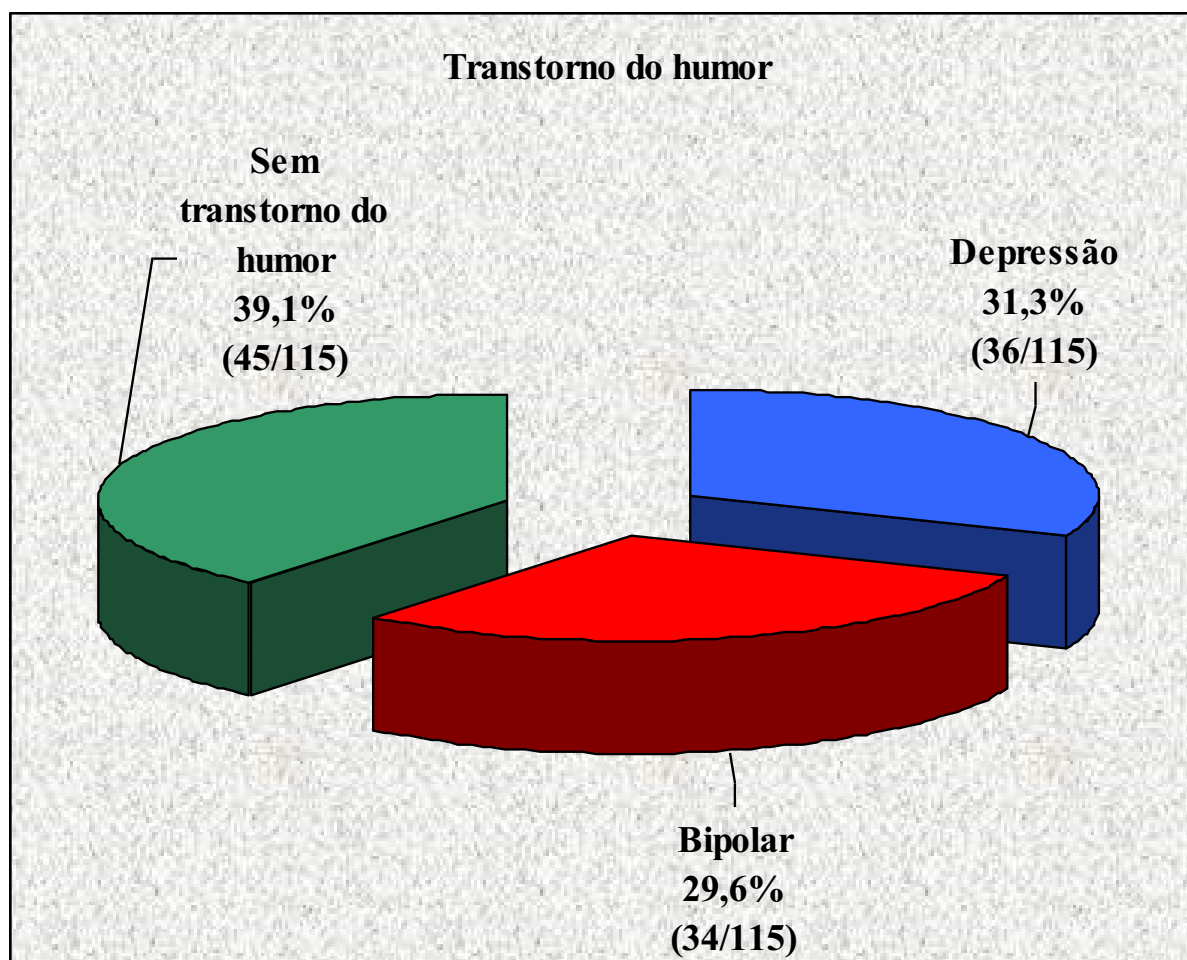


FIGURA 1 – Distribuição da prevalência de depressão e transtorno bipolar entre os 115 indivíduos entrevistados na URE DIPE, novembro de 2007 a janeiro de 2009. Belém, Pará.

4.2 Descrição dos dados referentes aos participantes identificados com depressão.

Entre os indivíduos com depressão, 52,8% (19/36) eram do sexo feminino (tabela 4).

TABELA 4 - Distribuição dos pacientes com depressão entrevistados na URE DIPE, de acordo com o sexo, novembro de 2007 a janeiro de 2009. Belém, Pará.

SEXO	Frequência	%
Masculino	17	47,2%
Feminino	19	52,8%
TOTAL	36	100,0%

A maior parte dos deprimidos estava na faixa etária entre 30 e 39 anos, com 44,4% (16/36), seguidos por aqueles na faixa de 40 a 50 anos, com 27,8% (10/36) (tabela 5).

TABELA 5 - Distribuição dos pacientes com depressão, de acordo com a faixa etária, entrevistados na URE DIPE, novembro de 2007 a janeiro de 2009. Belém, Pará.

FAIXA ETÁRIA (em anos)	Frequência	%
18 a 29	6	16,7%
30 a 39	16	44,4%
40 a 50	10	27,8%
> 50	4	11,1%
TOTAL	36	100,0%

Conforme a tabela 6, dos pacientes com depressão, 66,7% (24/36) se declararam heterossexuais, 19,4% (7/36) homossexuais e 13,9% (5/36) bissexuais.

TABELA 6 - Distribuição dos pacientes identificados com depressão entrevistados na URE DIPE, segundo a orientação sexual, novembro de 2007 a janeiro de 2009. Belém, Pará.

ORIENTAÇÃO SEXUAL	Frequência	%
Heterossexual	24	66,7%
Homossexual	7	19,4%
Bissexual	5	13,9%
TOTAL	36	100,0%

Houve predomínio, quanto à escolaridade dos indivíduos com depressão, daqueles que possuíam apenas o ensino fundamental incompleto, com 47,2% (17/36), seguidos dos que possuíam o ensino médio completo, com 19,4% (7/36). Nos demais níveis de escolaridade não houve grande variação (tabela 7).

TABELA 7 – Distribuição dos pacientes identificados com depressão entre os entrevistados na URE DIPE, quanto ao nível de escolaridade, novembro de 2007 a janeiro de 2009. Belém, Pará.

ESCOLARIDADE	Frequência	%
Analfabeto	2	5,6%
Ensino Fundamental Incompleto	17	47,2%
Ensino Fundamental Completo	3	8,3%
Ensino Médio Incompleto	2	5,6%
Ensino Médio Completo	7	19,4%
Ensino Superior Incompleto	1	2,8%
Ensino Superior Completo	2	5,6%
Ignorado	2	5,6%
TOTAL	36	100,0%

A maioria dos deprimidos estava desempregada ou recebendo benefício no período da entrevista, com 30,6% (11/36) e 27,8% (10/36), respectivamente (tabela 8).

TABELA 8 – Distribuição, quanto à situação ocupacional, dos pacientes identificados com depressão na URE DIPE, novembro de 2007 a janeiro de 2009. Belém, Pará.

SITUAÇÃO OCUPACIONAL	Frequência	%
Desempregado	11	30,6%
Benefício	10	27,8%
Empregado	5	13,9%
Autônomo	4	11,1%
Do lar	3	8,3%
Aposentado	2	5,6%
Estudante	1	2,8%
TOTAL	36	100,0%

No grupo investigado, foi idêntico o percentual de depressão, de 27,8% (10/36), nas diversas categorias de tempo de diagnóstico investigadas (tabela 9).

TABELA 9 – Distribuição dos pacientes identificados com depressão na URE DIPE, quanto ao tempo de diagnóstico, novembro de 2007 a janeiro de 2009. Belém, Pará.

TEMPO DE DIAGNÓSTICO	FREQÜÊNCIA	%
Até o 1º ano	10	27,8%
Do 2º ao 4º ano	10	27,8%
Mais de 4 anos	10	27,8%
Ignorado	6	16,7%
TOTAL	36	100,0%

Na tabela 10, estão distribuídos os participantes quanto ao uso de anti-retrovirais (ARV), sendo que 69,4% (25/36) dos deprimidos faziam uso, enquanto 30,6% (11/36) não o faziam. Para avaliar a presença de associação entre uso de ARV e depressão, foram excluídos os pacientes identificados com transtorno bipolar do humor. Não foi verificada associação de uso de ARV com depressão ($p = 0.5516$).

TABELA 10 – Distribuição quanto ao uso de anti-retrovirais dos pacientes com e sem depressão entrevistados na URE DIPE, novembro de 2007 a janeiro de 2009. Belém, Pará.

USO DE ARV	COM DEPRESSÃO	%	SEM DEPRESSÃO	%	TOTAL	%
SIM	25	69,4%	35	77,8%	60	74,1%
NÃO	11	30,6%	10	22,2%	21	25,9%
TOTAL	36	44,4%	45	55,6%	81	70,4%

A tabela 11 distribui os entrevistados de acordo com o nível de linfócitos T CD4+ e quanto à presença ou ausência de depressão (excluindo os ignorados e os pacientes identificados com transtorno bipolar). Encontrou-se o mesmo número de pacientes deprimidos nos diferentes níveis de células T CD4+, com 36,1% (13/36) em cada. Não houve associação de nível de linfócitos T CD4+ com depressão ($p = 0.1512$).

TABELA 11 – Distribuição dos pacientes com e sem depressão segundo o nível de linfócitos T CD4+, novembro de 2007 a janeiro de 2009. Belém, Pará.

NÍVEL DE LINFÓCITOS T CD4+	COM DEPRESSÃO	%	SEM DEPRESSÃO	%	TOTAL	%
> 350	13	59,1%	9	40,9%	22	37,9%
< 350	13	36,1%	23	63,9%	36	62,1%
TOTAL	26	44,8%	32	55,2%	58	50,4%

Dos 36 pacientes identificados como portadores do transtorno depressivo maior, 22,2% (8/36) referiram que os episódios depressivos haviam ocorrido apenas no passado; 30,5% (11/36) tiveram depressão passada e atual e 47,2% (17/36) apresentavam apenas depressão atual. Os 26 entrevistados que apresentavam episódio depressivo maior atual no momento da entrevista responderam ao Inventário de Depressão de Beck e apresentaram como sintomas mais frequentes tristeza, auto-acusações, fadiga, irritabilidade, distúrbio do sono, preocupação somática, falta de satisfação, distorção da imagem corporal, indecisão, perda de apetite, diminuição de libido, sensação de fracasso, retração social e inibição para o trabalho (tabela 12).

TABELA 12 – Distribuição da frequência dos sintomas depressivos nos pacientes identificados com depressão atual entrevistados na URE DIPE, novembro de 2007 a janeiro de 2009. Belém, Pará.

SINTOMAS DEPRESSIVOS	Frequência	%
Tristeza	26	100,0%
Auto-acusações	24	92,3%
Fadiga	24	92,3%
Irritabilidade	23	88,5%
Distúrbio do sono	23	88,5%
Preocupação somática	23	88,5%
Falta de satisfação	22	84,6%
Distorção de imagem corporal	22	84,6%
Indecisão	20	76,9%
Perda de apetite	20	76,9%
Diminuição de libido	20	76,9%
Sensação de fracasso	19	73,1%
Retração social	19	73,1%
Inibição para o trabalho	19	73,1%
Sensação de culpa	18	69,2%
Crises de choro	18	69,2%
Auto-depreciação	17	65,4%
Pessimismo	16	61,5%
Sensação de punição	16	61,5%
Perda de peso	13	50,0%
Idéias suicidas	8	30,8%

A sub-escala de depressão da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) foi aplicada aos pacientes identificados com depressão atual pelo MINI (26), exceto em um participante. Dos 25 entrevistados que responderam esta sub-escala da HAD, 23 apresentaram pontuação maior ou igual a 7, classificados, então, como possuidores de depressão atual. Os outros dois pacientes não classificados pela HAD tiveram pontuação igual a 6.

5. DISCUSSÃO

Os estudos sobre prevalência de depressão em pacientes com VIH/Sida no Brasil e no mundo variam bastante em diversos aspectos, como no quantitativo da amostra, na escolha de um grupo específico para estudo (só mulheres ou só homens homossexuais), na escolha de grupos numa fase específica da doença, nos diferentes desenhos de estudo e de análise dos dados, no uso de diferentes escalas para o diagnóstico do transtorno depressivo, entre outros. Por isso, analisar as diversas pesquisas e compará-las torna-se um processo complexo e mesmo frágil.

A amostra final no presente trabalho foi composta de 115 pessoas. Deste total, a razão entre os sexos foi de 1:1, prevaleceu a faixa etária de 30 a 50 anos, com 74,8% dos entrevistados, e o grupo de heterossexuais, com 65,2%. Estes resultados estão de acordo com os dados dos casos de sida notificados no Brasil, exceto a razão entre os sexos masculino e feminino que no Brasil foi de 1,5:1 em 2006. Os dados nacionais mostram um predomínio da faixa etária entre 25 e 49 anos e da transmissão entre heterossexuais (BRASIL, 2008a).

O estudo brasileiro mais novo e que obteve maior amostra, quantitativamente compatível com o presente trabalho, é o de Mello e Malbergier (2006). A amostra destes autores foi composta por 120 pessoas com média de idade de 36,1 anos e a maioria não havia terminado o ensino fundamental (34,2%), de forma semelhante ao presente estudo, que identificou média de idade de 37,6 anos e 39,1% também não haviam completado o ensino fundamental. Entretanto, as amostras diferiram quanto a situação ocupacional, uma vez que, no estudo paulista, 51,7% dos participantes estavam empregadas, enquanto neste trabalho belenense 33% estavam de benefício. Provavelmente esta variação se deve às diferenças entre amostras, pelo estudo paulista contar apenas com indivíduos do sexo feminino.

Porém, outros estudos investigaram pessoas de ambos os sexos e identificaram variáveis sócio-demográficas bastante diferentes, refletindo a heterogeneidade das amostras investigadas e das populações afetadas pelo VIH. Na África do Sul, Olley et al. (2004) entrevistaram 149 pessoas, com predomínio feminino, idade média de 30 anos, baixa escolaridade e 73,2% desempregados. Já nos Estados Unidos, estudo de base populacional identificou também predomínio feminino, mas diferenciando-se nos outros aspectos, com maioria na faixa etária entre 35-49 anos, tendo completado o ensino médio ou pelo menos iniciado o ensino superior e incapaz laboralmente (BING et al., 2001).

Se considerarmos a prevalência de depressão na população em geral no Brasil em torno de 3-10%, de acordo com o trabalho de Almeida-Filho et al. (1997), a prevalência de depressão encontrada no presente estudo investigando pacientes com VIH, de 31,3%, é bem superior, o que pode ser um reflexo de todas as dificuldades físicas, pessoais e sociais a que estão expostos estes pacientes.

A prevalência de depressão encontrada em indivíduos infectados pelo VIH neste trabalho, de 31,3%, é superior à prevalência de 25,8% encontrada por Mello e Malbergier (2006) e à de 30,3% encontrada por Tostes, Chalub e Botega (2004), mas inferior à de cerca de 36-38% de deprimidos identificados por Lovisi e Morgado (1996) e por Bing et al. (2001). Essa variação pode ser resultado do uso de diferentes entrevistas padronizadas nos trabalhos citados, além dos diferentes tamanhos de amostra estudadas.

Sabe-se que os medicamentos anti-retrovirais podem provocar depressão (TOSTES, 2006; MALBERGIER; SCHÖFFEL, 2001). Para verificar essa associação a amostra deste trabalho foi dividida em dois grupos, o dos que faziam uso de anti-retrovirais e outro que não usava (excluindo os pacientes identificados com transtorno bipolar). Dos 60 pacientes que usavam ARV, a maioria, com 58,3% (35/60), não tinha depressão. A maioria dos deprimidos fazia uso de ARV, com 69,4% (25/36), da mesma forma que os não deprimidos, com 77,8% (35/45). Portanto, no presente trabalho não foi verificada associação de uso de ARV com depressão. Numa análise aproximada a esta, Morrison et al. (2002) dividiram sua amostra em um primeiro grupo que fazia uso de ARV incluindo inibidores da protease, e num segundo grupo que não usava inibidores da protease ou não fazia uso de ARV. O primeiro grupo apresentou prevalência maior de transtorno depressivo maior, mas a diferença entre os grupos não foi significativa estatisticamente.

Também foi verificada a existência de associação entre nível de linfócitos T CD4⁺ e depressão. A maioria dos estudos tem mostrado que a depressão pode influenciar de alguma forma aspectos do sistema imunológico, inclusive o nível de células T CD4⁺, colaborando para a progressão da doença causada pelo VIH (CRUESS et al., 2005; IRONSON et al., 2005). Para verificar essa associação, novamente foi realizada divisão da amostra em dois grupos, o dos que apresentaram níveis de linfócitos T CD4⁺ maiores que 350 células/mm³ e o grupo com níveis menores a este (considerados imunodeficientes), excluindo os pacientes identificados com transtorno bipolar. A maior parte dos pacientes com níveis de linfócitos T

CD4+ menores que 350 células/mm³ não tinha depressão, com 63,8% (23/36). Inversamente, a maioria dos pacientes com níveis acima de 350 células/mm³ tinha depressão, com 59% (13/22). A média do nível de linfócitos T CD4+ foi maior nos pacientes com depressão (321,1 células/mm³) do que nos não deprimidos (296,7 células/mm³) – o contrário do que se poderia esperar. Portanto, nesta pesquisa não houve associação de nível de linfócitos T CD4+ com depressão. Outros trabalhos também não encontraram essa associação (OLLEY et al., 2004; HUANG; LEU; LIU, 2006).

A prevalência dos sintomas depressivos apresentados pelos pacientes está de acordo com o referido na literatura (MALBERGIER; SCHÖFFEL, 2001). 30,8% dos pacientes com depressão atual relataram ideação suicida – dado superior aos 15,8% encontrados por Mello e Malbergier (2006).

A utilização da sub-escala de depressão da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão, excluindo os sintomas somáticos da avaliação do transtorno depressivo, foi útil para aumentar a confiabilidade do diagnóstico realizado pelo MINI. A concordância entre as duas escalas, de 92% (23/25), sugere que foram identificados poucos falso-positivos para depressão atual pelo MINI.

Antidepressivos são efetivos em populações infectadas pelo VIH, especialmente medicamentos da classe de Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina mostraram-se eficazes na redução dos sintomas depressivos e foram melhor tolerados que antidepressivos mais antigos, segundo revisão de estudos (CRUES et al., 2003).

Em Denver (Estados Unidos), pesquisando 1713 pacientes infectados pelo VIH, Yun et al. (2005) comprovaram que o tratamento antidepressivo promove a aderência ao tratamento anti-retroviral nos pacientes com depressão.

O tratamento agressivo medicamentoso e psicoterápico tem sucesso contra depressão em 85% dos pacientes, mas a depressão permanece a doença psiquiátrica mais subdiagnosticada em pacientes com doenças crônicas, o que sugere que o acesso a cuidados psiquiátricos é essencial para pacientes com VIH e deveriam estar disponíveis nas instituições que atendem esta população (TREISMAN; ANGELINO, 2007).

6. CONCLUSÕES

De acordo com os objetivos propostos e os resultados encontrados, o presente estudo permitiu as seguintes conclusões:

6.1 A prevalência de transtorno depressivo maior encontrada na população estudada foi de 31,3%;

6.2 Entre o total de entrevistados não houve predomínio por sexo; a maior parte dos participantes pertencia à faixa etária de 30 a 50 anos (74,8%), era heterossexual (65,2%), tinha apenas o ensino fundamental incompleto (39,1%), recebia algum benefício do governo (33,0%) e morava em Belém (58,3%);

6.3 Contando-se apenas aqueles com resultados conhecidos das variáveis clínicas investigadas, a maioria dos entrevistados, com 77,7% (77/99), havia recebido o diagnóstico da infecção fazia mais de um ano em relação ao período da entrevista; 76,5% (88/115) faziam uso de anti-retrovirais e 60,9% (53/87) contavam com nível de linfócitos T CD4+ abaixo de 350 células/mm³;

6.4 Analisando-se as variáveis sócio-demográficas daqueles identificados com depressão, percebeu-se que não houve variação importante em relação ao todo da amostra nas variáveis sexo, faixa etária e orientação sexual, mas havia maior acometimento daqueles com ensino fundamental incompleto (47,2%) e desempregados (30,6%);

6.5 Em relação às variáveis clínicas dos indivíduos deprimidos, foi idêntico o percentual de participantes nas diversas categorias de tempo diagnóstico e nível de linfócitos T CD4+ investigadas; a maioria dos deprimidos fazia uso de anti-retrovirais, da mesma forma que a maior parte dos entrevistados;

6.6 Não houve associação entre a presença de depressão e os níveis de linfócitos T CD4+;

6.7 Não houve associação entre a presença de depressão e o uso de medicações anti-retrovirais;

6.8 Os sintomas depressivos mais freqüentes nos participantes identificados com depressão atual foram: tristeza, auto-acusações, fadiga, irritabilidade, distúrbio do sono, preocupação

somática, falta de satisfação, distorção da imagem corporal, indecisão, perda de apetite, diminuição de libido, sensação de fracasso, retração social e inibição para o trabalho;

6.9 Obteve-se elevadíssima prevalência dos transtornos de humor pesquisados (depressão e transtorno bipolar), que, somadas, atingiram 60% dos entrevistados. Por isso, é fundamental que indivíduos infectados pelo VIH recebam atenção especial para esses transtornos, uma vez que as doenças psiquiátricas podem comprometer sua qualidade de vida, prejudicar a aderência ao tratamento anti-retroviral, diminuir a sobrevida, facilitar comportamentos de risco e, portanto, contribuir para a propagação do vírus.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAS, A.K. Doenças da imunidade. In: KUMAR, V.; ABBAS, A.K.; FAUSTO, N. **Patologia** – bases biológicas das doenças. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. p.203-280.

ADEWUYA, A.O. et al. Psychiatric disorders among the HIV-positive population in Nigeria: a control study. **J. Psychosom. Res.**, v.63, n.2, p.203-206, aug.2007.

ALMEIDA-FILHO, N. et al. Brazilian multicentric study of psychiatry morbidity. **Br. J. Psychiatry**, v.171, p.524-529, 1997. (abstract).

AMARAL, G.F. et al. Prevalência de transtorno depressivo maior em centro de referência no tratamento de hipertensão arterial. **Rev. Psiquiatr. RS**, v.29, n.2, p.161-168, 2007.

AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.22, n.3, p.106-115, set.2000.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR)**. 4.ed. Porto Alegre: ARTMED, 2002 apud MORENO, D.H.; DIAS, R.S.; MORENO, R.A. Transtornos do Humor. In: LOUZÃO NETO, M.R.; ELKINS, H. **Psiquiatria básica**. 2.ed. Porto Alegre: ARTMED, 2007. p.222-227.

BING, E.G. et al. Psychiatric disorders and drug use among HIV-infected adults in United States. **Arch. Gen. Psychiatry**, v.58, n.8, p.721-728, aug.2001.

BOTEGA, N.J. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Rev. Saúde Pública**, v. 29, n.5, p.355-363, oct.1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Evolução clínica do HIV**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 1 fev. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Programa Nacional de DST e Aids. **Boletim epidemiológico – Aids e DST**. Brasília: MS, 2008a. p.12. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 1 fev. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Programa Nacional de DST e Aids. **Critérios de definição de casos de AIDS em adultos e crianças**. Brasília: MS, 2004. p.13-24.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos infectados pelo HIV 2008**. Brasília: MS, 2008b. p.17. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 1 fev. 2009.

BRASIL. Portaria nº 34, de 28 de julho de 2005. Regulamenta a o uso de testes rápidos para o diagnóstico da infecção pelo HIV em situações especiais. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 de julho de 2005. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 26 abr. 2009.

CARVALHAL, A.S. A infecção pelo HIV – aspectos psiquiátricos. In: KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J.; IZQUIERDO, I. **Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos**. 2.ed. Porto Alegre: ARTMED, 2004. p.445-452.

CASTRO, M.M.C. et al. Validade da escala hospitalar de ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, v.56, n.5, p.470-477, jul.2006.

CIESLA, J.A.; ROBERTS, J.E. Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. **Am. J. Psychiatry**, v.158, n.5, p.725-730, may.2001.

CRUESS, D.G. et al. Prevalence, diagnosis, and pharmacological treatment of mood disorders in HIV disease. **Biological Psychiatry**, v.54, n.3, p.307-316, aug.2003.

_____. Association of resolution of major depression with increased natural killer cell activity among HIV-seropositive women. **Am. J. Psychiatry**, v.162, n.11, p.2125-2130, nov.2005.

DUBOVSKY, S.L.; DAVIES, R.; DUBOVSKY, A.N. Transtornos do humor. In: HALES, R.E.; YUDOFKY, S.C. **Tratado de Psiquiatria Clínica**. Porto Alegre: ARTMED, 2006, p.426-521.

EVANS, D.L. et al. Severe life stress as a predictor of early disease progression in HIV infection. **Am. J. Psychiatry**, v.154, n.5, p.630-634, may.1997.

_____. Association of depression with viral load, CD8 T lymphocytes, and natural killer cells in women with HIV infection. **Am. J. Psychiatry**, v.159, n.10, p.1752-1759, oct.2002.

FLECK, M.A. et al. Diretrizes da associação médica brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.25, n.2, p.114-122, jun.2003.

FONTANA, A.M. **Manual de Clínica em Psiquiatria**. São Paulo: Atheneu, 2005. p.295-316.

FREITAS, G.V.S.; BOTECA, N.J. Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.48, n.3, p.245-249, 2002.

GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Rev. Psiq. Clín.**, v.25, n.5, p.245-250, 1998.

HUANG, T.L.; LEU, H.S.; LIU, J.W. Lymphocyte subsets and viral load in male AIDS patients with major depression: naturalistic study. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, v.60, n.6, p.687-692, nov.2006.

HUTTON, H.E. et al. Depression and HIV risk behaviors among patients in a sexually transmitted disease clinic. **Am. J. Psychiatry**, v.161, p.912-914, mai.2004.

ICKOVICS, J.R. et al. Mortality, CD4 cell count decline, and depressive symptoms among HIV-seropositive women: longitudinal analysis from the HIV epidemiology research study. **JAMA**, v.285, n.11, p.1466-1474, mar.2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Síntese de indicadores sociais.** Uma análise das condições de vida da população brasileira 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. p.270-1. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br> >. Acesso em: 9 fev. 2009.

IRONSON et al. Psychosocial factors predict CD4 and viral load change in patients with HIV in the era of highly active antiretroviral treatment. **Psychosomatic Medicine**, v.67, p.1013-1021, 2005.

KESSLER, R.C. et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the national comorbidity survey replication (NCS-R). **JAMA**, v.289, n.23, p.3095-3105, jun.2003.

LESERMAN, J. et al. Progression to AIDS: the effects of stress, depressive symptoms, and social support. **Psychosomatic Medicine**, v.61, p.397-406, 1999.

LOTRAKUL, M.; SUMRITHE, S.; SAIPANISH, R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. **BMC Psychiatry**, v.46, n.8, p.1-7, jun.2008.

LOVISI, G.M.; MORGADO, A.F. Suporte social e distúrbios psiquiátricos em mulheres infectadas pelo HIV. **J. Bras. Psiqu.**, v.45, n.10, p.593-599, out.1996.

MALBERGIER, A.; SCHÖFFEL, A.C. Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.23, n.3, p.160-167, set.2001.

MARCOLINO, J.M. et al. Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, v.57, n.1, p.52-62, fev.2007.

MELLO, V.A.; MALBERGIER, A. Depression in women infected with HIV. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.28, n.1, p.10-17, 2006.

MORAES, M.J.; OLIVEIRA, A.C.P.; TOSTES, M.A. AIDS e psiquiatria. In: BOTEAGA, N.J. **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência.** 2.ed. São Paulo: ARTMED, 2006. p.373-394.

MORENO, A.R.; MORENO, D.H.; RATZKE, R. Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. **Rev. Psiqu. Clín.** v.32, supl. 1, p.39-48, 2005.

MORRISON, M.F. et al. Depressive and anxiety disorders in women with HIV infection. **Am. J. Psychiatry**, v.159, n.5, p.789-796, may.2002.

MOURA JUNIOR et al. Risco de suicídio em pacientes em hemodiálise: evolução e mortalidade em três anos. **J. Bras. Psiqu.**, v.57, n.1, p.44-51, 2008.

OLLEY, B.O. et al. Predictors of major depression in recently diagnosed patients with HIV/AIDS in South Africa. **AIDS Patient Care**, v.18, n.8, p.481-487. aug.2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial da Saúde. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Lisboa: MS, 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2001/en/whr01-po.pdf>> Acesso em: 14 de agosto de 2005.

OVUGA, E.; BOARDMAN, J.; WASSERMAN, D. The Response Inventory For Stressful Life Events II: validation of the 36-item version. **Afr. Health Sci.**, v.5, n.2, p.145-151, jun.2005.

PANTALEO, G.; GRAZIOSI, C.; FAUCI, A. The immunopathogenesis of human immunodeficiency virus infection. **N. Engl. J. Med.**, v.328, n.5, p.327-335, 1993.

PENCE, B.W. et al. Psychiatric illness and virologic response in patients initiating highly active antiretroviral therapy. **J. Acquir. Immune Defic. Syndr.**, v.44, n.2, p.159-166. feb.2007.

RÁCZ, M.L. Retrovírus. In: TRABULSI, L. R.; ALTERTHUM, F. **Microbiologia**. 4.ed. São Paulo: Atheneu, 2004. p.659-666.

SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9.ed. Porto Alegre: ARTMED, 2007, p.406;572-580;741.

SOUGEY, E.B.; PETRIBU, K. Depressão. In: FILGUEIRA, N.A. et al. **Condutas em Clínica Médica**. 3.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2004. p.599-615.

TANAJURA, D. et al. Prevalence of depression in different groups of inpatients at the University Hospital of Bahia, Brazil. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.24, n.4, p.182-185. apr.2002.

TOSTES, M.A. Aspectos psiquiátricos da infecção pelo HIV/AIDS. In: BRASIL, M.A.; BOTEAGA, N.J.; HETEM, L.A. **PEC – Programa de educação continuada**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.275-289.

TOSTES, M.A.; CHALUB, M.; BOTEAGA, N.J. The quality of life of HIV-infected women is associated with psychiatric morbidity. **AIDS CARE**, v.16, n.2, p.177-185, feb.2004.

TREISMAN, G.; ANGELINO, A. Interrelation between psychiatric disorders and the prevention and treatment of HIV infection. **Clin. Infect. Dis.**, v.45, n.15, p.313-317, dez.2007.

UNAIDS/WHO. **Report on the global HIV/AIDS epidemic 2008**. Switzerland: UNAIDS, 2008. Disponível em: < <http://www.unaids.org> >. Acesso em: 1 fev. 2009.

VALÊNCIA et al. Signos y síntomas en personas que viven con el virus del sida (PVVS) en Cali, Colombia. **Colomb. Med.**, v.38, n.4, p.365-374, 2007.

WHETTEN, K. et al. Trauma, mental health, distrust, and stigma among HIV-positive persons implications for effective care. **Psychosomatic Medicine**, v.70, p.531-538. 2008.

YUN, L.W. et al. Antidepressant treatment improves adherence to antiretroviral therapy among depressed HIV-infected patients. **J. Acquir. Immune Defic. Syndr.** v.38, n.4, p.432-438. apr.2005. (abstract).

ZAVASCHI et al. Adult mood disorders and childhood psychological trauma. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.28, n.3, p.184-190. set.2006.

8. APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Baseado na Resolução Nº 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde)

PESQUISA: “Transtornos depressivos em portadores do vírus da imunodeficiência humana/Sida em uma unidade de referência”.

Prezado Sr(a):

Esta pesquisa pretende investigar os problemas de depressão que acometem pessoas portadoras do vírus da imunodeficiência humana/Sida, e está sendo realizada por doutorando do curso de medicina da Universidade Federal do Pará, como Trabalho de Conclusão de Curso, com a orientação dos professores Benedito Paulo Bezerra e Maria Rita de Cássia Monteiro, sendo o Dr. Benedito Bezerra o responsável pela pesquisa.

Tem como objetivo verificar a frequência de depressão em portadores do vírus da imunodeficiência humana/Sida atendidos na Unidade de Referência de Doenças Infecciosas e Parasitárias Especiais (URE DIPE).

Considerando as dificuldades enfrentadas pelas pessoas infectadas pelo VIH/Sida, seja de origem cultural, social ou médica, sabe-se que estes pacientes estão em risco para o desenvolvimento de depressão. Como a depressão piora a qualidade de vida e facilita o abandono do paciente ao tratamento é importante conhecer a frequência da doença nestes indivíduos. A participação consiste somente em responder questionários sobre diversas situações de sua vida.

Você poderá participar respondendo as perguntas dos questionários. Em nenhuma hipótese serão divulgadas informações que permitam sua identificação. Você tem liberdade para se **recusar a participar ou retirar seu consentimento**, em qualquer momento da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado. Este estudo não oferece riscos de natureza química ou biológica. Quanto a possíveis riscos na sua identificação, deve ficar claro que as informações pessoais serão tratadas de forma que seja mantido integralmente o seu anonimato, pois os dados colhidos serão analisados em conjunto, assegurando a privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Você poderá se beneficiar com o estudo porque poderá conhecer melhor seu próprio estado de saúde mental e receber o tratamento especializado, se necessário. Uma vez diagnosticada alguma das doenças que estamos estudando, o pesquisador notificará seu médico se você concordar. Este estudo pode gerar importantes informações e contribuir com a comunidade médica para conhecer melhor a situação da saúde mental das pessoas infectadas pelo VIH/Sida. A sua **participação na pesquisa é de livre-arbítrio, não havendo pagamento** pela mesma. Após a conclusão da coleta de informações, estas serão analisadas e será elaborado um trabalho pelos autores da pesquisa, o qual será divulgado para o meio acadêmico e científico.

Dr Benedito Paulo Bezerra (CRM 2538)
RG: 3146856 Cel: 8155-0777
Tv. Rui Barbosa 840, ap. 501

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa e que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com as informações contidas no formulário.

Belém, ____ / ____ / ____.

Assinatura do entrevistado

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-CCS/UFPA) – Complexo de Sala de Aula/CCS – Sala 13 – Campus Universitário, nº 01, Guamá – CEP: 66075-110 – Belém – Pará. Tel: 32018028 E-mail: cepccs@ufpa.br

APÊNDICE B**QUESTIONÁRIO**

- 1- Data da entrevista:
- 2- Ficha ou Prontuário:
- 3- Data de nascimento:
- 4- Município onde mora:
- 5- Sexo:
☐ Masculino
☐ Feminino
- 6- Orientação sexual
a) Heterossexual
b) Homossexual
c) Bissexual
d) Ignorado
- 7- Grau de instrução
a) Analfabeto
b) Ens. fundamental incompleto
c) Ens. fundamental completo
d) Ens. médio incompleto
e) Ens. médio completo
f) Ens. superior incompleto
g) Ens. superior completo
h) Ignorado
- 8- Situação ocupacional
a) Empregado
b) Aposentado
c) Benefício
d) Autônomo
e) Desempregado
f) Do lar
g) Estudante
h) Ignorado
- 9- Tem alguma doença psiquiátrica (como depressão) diagnosticada por profissional?

- Se sim, já fez tratamento?

- A doença psiquiátrica foi diagnosticada antes ou depois do diagnóstico da infecção pelo VIH?
- 10- Há quanto tempo foi feito o diagnóstico da infecção pelo VIH?

11- Faz uso de medicamentos anti-retrovirais?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sabe

12 – Qual o nível de linfócitos T CD4+ no período da entrevista?

9. ANEXOS

ANEXO A**MINI International Neuropsychiatric Interview****A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR**

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM
A2	Nas duas últimas semanas, teve, quase todo tempo, o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM
A1 OU A2 SÃO COTADAS SIM ?		 NÃO	SIM

A3 Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:

a	O seu apetite mudou de forma significativa, <u>ou</u> o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de $\pm 5\%$ ao longo do mês, isto é, $\pm 3,5$ Kg, para uma pessoa de 65 Kg) COTAR SIM , SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM
b	Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM
c	Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto, quase todos os dias?	NÃO	SIM
d	Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	NÃO	SIM
e	Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM
f	Teve dificuldade em concentrar-se ou em tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM
g	Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?	NÃO	SIM

A4 HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3 ?
(ou 4 se A1 OU A2 = "NÃO")

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:

A5a Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g]?

b Desta vez, antes de se sentir deprimido(a) e/ou sem interesse pela maioria das coisas, sentia-se bem desde há pelo menos dois meses?

A5b É COTADA SIM ?

NÃO SIM

**EPISÓDIO
DEPRESSIVO
MAIOR ATUAL**



NÃO SIM

NÃO SIM

NÃO SIM

**EPISÓDIO
DEPRESSIVO
MAIOR PASSADO**

D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO

D1 a Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ?

NÃO SIM

NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL.

SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE "EUFÓRICO" OU "CHEIO DE ENERGIA", EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou extremamente impulsivo(a).

NÃO SIM

b

SE "SIM"

Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?

D2 a Alguma vez teve um período em que estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com pessoas que não eram de sua família?

NÃO SIM

NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL.

SE “SIM”		
b	Sente-se, excessivamente irritável atualmente?	NÃO SIM
D1a OU D2a SÃO COTADAS “SIM” ?		
		 NÃO SIM

D3 SE **D1b** OU **D2b** = “SIM”: EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL
SE **D1b** E **D2b** = “NÃO” : EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE

Quando se sentiu mais eufórico(a), cheio(a) de energia / mais irritável :

- | | | | |
|---|--|-----|-----|
| a | Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante? | NÃO | SIM |
| b | Tinha menos necessidade de dormir do que costume (sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ? | NÃO | SIM |
| c | Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ? | NÃO | SIM |
| d | Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ? | NÃO | SIM |
| e | Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ? | NÃO | SIM |
| f | Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ? | NÃO | SIM |
| g | Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você...) ? | NÃO | SIM |

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM D3

OU 4 SE **D1a** = “NÃO” (EPISÓDIO PASSADO) OU **D1b** = “NÃO” (EPISÓDIO ATUAL) ?



NÃO

SIM

- D4 Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana e lhe causaram dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais **ou** você foi hospitalizado(a) por causa desses problemas?

NÃO

SIM

COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO

D4 É COTADA “NÃO” ?

Se **SIM**, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO HIPOMANÍACO	
Atual	☐
Passado	☐

D4 É COTADA “SIM” ?

Se **SIM**, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO MANÍACO	
Atual	☐
Passado	☐

ANEXO B**Inventário de Depressão de Beck**

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
 - 1 Eu me sinto triste.
 - 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
 - 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
 - 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
 - 2 Acho que nada tenho a esperar.
 - 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
3. 0 Não me sinto um fracasso.
 - 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
 - 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
 - 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.
4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
 - 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
 - 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
 - 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.
5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
 - 1 Eu me sinto culpado às vezes.
 - 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
 - 3 Eu me sinto sempre culpado.
6. 0 Não acho que esteja sendo punido.
 - 1 Acho que posso ser punido.
 - 2 Creio que vou ser punido.
 - 3 Acho que estou sendo punido.
7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
 - 1 Estou decepcionado comigo mesmo.
 - 2 Estou enojado de mim.
 - 3 Eu me odeio.
8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
 - 1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
 - 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
 - 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
 - 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
 - 2 Gostaria de me matar.
 - 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10. 0 Não choro mais que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava.
2 Agora, choro o tempo todo.
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.
11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Não consigo mais tomar decisões.
14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
3 Considero-me feio.
15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito.
1 Não durmo tão bem quanto costumava.
2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansado que de hábito.
1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
18. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.
19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
1 Perdi mais de 2,5 Kg.
2 Perdi mais de 5,0 Kg.
3 Perdi mais de 7,5 Kg.
- Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()
20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.
1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago

ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.

3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado por sexo que costumava.

2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.

3 Perdi completamente o interesse por sexo.

ANEXO C**Escala Hospitalar de Depressão**

Por favor, leia todas as frases. Marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem sentido na última semana:

Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Vale mais a sua resposta espontânea.

Eu ainda sinto gosto (satisfação) pelas mesmas coisas de que costumava gostar

- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 () Não tanto quanto antes
- 2 () Só um pouco
- 3 () Já não sinto mais prazer em nada

Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Atualmente um pouco menos
- 2 () Atualmente bem menos
- 3 () Não consigo mais

Eu me sinto alegre

- 3 () Nunca
- 2 () Poucas vezes
- 1 () Muitas vezes
- 0 () A maior parte do tempo

Estou lento (lerdo) para pensar e fazer as coisas

- 3 () Quase sempre
- 2 () Muitas vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

Eu perdi o interesse de cuidar de minha aparência

- 3 () Completamente
- 2 () Não estou mais me cuidando como deveria
- 1 () Talvez não tanto quanto antes
- 3 () Eu me cuido do mesmo jeito que antes

Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Um pouco menos do que antes
- 2 () Bem menos do que antes
- 3 () Quase nunca

Consigo sentir prazer ao assistir um bom programa de TV, de rádio, ou quando leio alguma coisa

- 0 () Quase sempre
- 1 () Várias vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Quase nunca