

DEPRESSÃO EM PACIENTES COM HIV/AIDS¹

DEPRESSION IN PATIENTS WITH HIV/AIDS

Edgar Luis Lima de OLIVEIRA², Benedito Paulo BEZERRA³, Ana Carolina Neves BLOIS⁴, Dilvan Peres MACHADO FILHO⁵ e Ingrid Silva Costa SARDINHA⁶

RESUMO

Objetivo: investigar a prevalência de transtorno depressivo maior em pacientes com HIV/Aids, de uma unidade de referência da doença em Belém, Pará; descrever aspectos sócio-demográficos e clínicos; pesquisar se a terapia anti-retroviral e imunodeficiência estavam associados ao transtorno, assim como descrever os sintomas depressivos dos quadros identificados. **Método:** pesquisa transversal de prevalência em amostra de 115 indivíduos; aplicaram-se questionários para depressão (MINI, Inventário de Depressão de Beck e Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão). **Resultados:** não houve predomínio por sexo; 74.8% (86/115) dos entrevistados pertenciam à faixa etária de 30 a 50 anos; 65.2% (75/115) declararam-se heterossexuais; possuíam ensino fundamental incompleto 39.1% (45/115); recebiam algum benefício do governo 33.0% (38/115); residiam em Belém 58.3% (67/115); faziam uso da terapia anti-retroviral 76.5% (88/115) e apresentavam contagens de linfócitos T CD4+ abaixo de 350 células/mm³ 46.1% (53/115). A prevalência de transtorno depressivo maior foi de 31.3% (36/115) e este não estava associado ao uso da terapia anti-retroviral, nem à imunodeficiência. Os sintomas depressivos mais frequentes foram tristeza, auto-acusações, fadiga, irritabilidade, distúrbio do sono e preocupação somática. **Conclusão:** os resultados mostram uma elevada prevalência de transtorno depressivo maior em pacientes com HIV/AIDS.

DESCRITORES: transtorno depressivo maior, HIV, AIDS.

INTRODUÇÃO

Desde o início da pandemia da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), cujo agente etiológico é o vírus da imunodeficiência humana (HIV), têm-se reconhecido diversas manifestações psiquiátricas que acometem mais frequentemente esta população do que a população geral. O transtorno depressivo maior (TDM) é uma das doenças psiquiátricas mais comuns e mais subdiagnosticadas nestes indivíduos.^{1,2}

Além de ser grave e incurável, colocando o indivíduo face a face com a morte, a infecção pelo HIV/AIDS causa, desde o início, graves reações de discriminação e exclusão social. Eventos estressores – frente aos quais muito, frequentemente, se acham os indivíduos portadores de HIV/AIDS – aumentam três a quatro vezes o risco de desenvolver depressão, entre os quais, estão: conflitos familiares e conjugais, problemas financeiros, desemprego, doenças físicas, entre outros.³

O transtorno depressivo maior

O TDM é um transtorno freqüente. Estima-se que no Brasil a prevalência seja em torno de 3% a 10%.⁴ Sabe-se, também, que a depressão é uma condição crônica, recorrente e incapacitante, que atinge duas a três vezes mais mulheres que homens e cuja duração média de cada episódio é de 16 a 20 semanas.⁵ Apenas metade dos deprimidos costuma receber tratamento específico, muitas vezes por preconceito ou desconhecimento sobre a doença, por parte de pacientes e médicos.⁵

A etiologia do TDM é desconhecida, mas sabe-se da influência de fatores biológicos, genéticos e psicossociais.⁶

O TDM e o transtorno bipolar do humor são os dois principais transtornos do humor, devendo-se sempre fazer o diagnóstico diferencial entre eles, uma vez que o transtorno bipolar pode cursar com episódios de humor depressivo. No transtorno bipolar, a depressão alterna-se ou está

¹Trabalho realizado na Unidade de Referência de Doenças Infecciosas e Parasitárias Especiais.

²Médico graduado pela UFPA

³Doutor em psiquiatria pela Escola Paulista de Medicina (UNIFESP), professor da disciplina de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará.

⁴Graduanda da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará.

⁵Médico residente do Hospital Ophir Loyola.

⁶Médica residente do Hospital Gaspar Vianna.

misturada (episódio misto) à mania ou à hipomania, sendo que pacientes que têm apenas mania recorrente (unipolar) recebem, também, o diagnóstico de transtorno do humor bipolar.⁷

A infecção pelo HIV/AIDS

Desde o início da pandemia, a AIDS já provocou em torno de 25 milhões de mortes no mundo. Embora estabilizada, ainda são inaceitáveis os números de novas infecções e mortes. Estimou-se que havia 33 milhões de portadores do vírus no mundo em 2007.⁸ Na série histórica de 1980 a junho de 2008, foram identificados 506.499 casos de AIDS no Brasil. A razão entre os sexos masculino e feminino diminuiu 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 e 49 anos. Houve também tendência de crescimento proporcional da subcategoria de exposição heterossexual; em 2006 houve predomínio de transmissão entre heterossexuais e estabilização entre homo/bissexuais.⁹

O HIV é transmitido por via sexual, parenteral e vertical e infecta principalmente as células que possuem a molécula CD4.¹⁰ Após a infecção aguda, o sistema imune controla a viremia e o indivíduo entra em fase de latência clínica. Ocorre uma deterioração gradual e contínua dos linfócitos T CD4+ (LTCD4) com taxa de declínio¹¹ de 30 a 90 células/mm³/ano e, quando finalmente o número destas declina significativamente, o paciente desenvolve a AIDS.¹⁰

Junto com o sistema linfóide, o sistema nervoso é o principal alvo da infecção pelo HIV/AIDS, podendo ocorrer o desenvolvimento de afecções mentais, como a demência associada ao HIV, infecções oportunistas e neoplasias.⁶

A infecção pelo HIV/AIDS e o TDM

No Brasil, os três principais estudos sobre a prevalência de TDM em portadores do HIV/AIDS foram realizados entre mulheres, sendo necessário, portanto, ampliar as pesquisas na população masculina. Mello e Malbergier³, em São Paulo, realizaram 120 entrevistas utilizando o *Structured Clinical Interview for DSM-IV*, encontrando prevalência de 25,8% de depressão atual. Tostes, Chalub e Botega¹² encontraram prevalência de 30,3% de TDM ao investigar 76 mulheres no Rio de Janeiro utilizando a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. Lovisi e Morgado¹³, também no Rio de Janeiro, pesquisaram 44 mulheres usando o *Composite International Diagnostic Interview* e encontraram prevalência de TDM de cerca de 38%.

Nos Estados Unidos, realizou-se pesquisa nacional de doenças psiquiátricas em adultos

portadores do HIV/AIDS entrevistando 2.864 pessoas de ambos os sexos com o *Composite International Diagnostic Interview* e identificou prevalência de 36% de TDM.¹⁴

Entre os pacientes acometidos pelo HIV/AIDS, 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.¹⁵

Vários medicamentos utilizados na infecção pelo HIV/AIDS também podem ocasionar sintomas depressivos, como zidovudina, aciclovir, metronidazol, anabolizantes e corticosteróides.¹

Cada vez mais, pesquisas têm sugerido que o TDM pode ocasionar alterações no sistema imunológico que facilitam a progressão da AIDS, aumentando a morbimortalidade.^{16,17}

Os transtornos depressivos, em vários estudos, vêm sendo associados a uma resposta clínica ao vírus inferior e quando se inicia o tratamento anti-retroviral¹⁸, há menor adesão ao tratamento, pior qualidade de vida, evolução menos favorável da doença¹⁹ e maior propensão a apresentar comportamentos de risco²⁰, como: fazer sexo sem proteção e/ou sob efeito de álcool/drogas e manter vários parceiros.²¹ Portanto, identificar e tratar a depressão em portadores do HIV/AIDS, tem importância na prevenção de comportamentos de risco e da transmissão do vírus, podendo melhorar a qualidade de vida e a adesão dos pacientes ao tratamento.

OBJETIVO

Investigar a prevalência de transtorno depressivo maior em amostra de portadores do HIV/AIDS atendidos em uma unidade de referência em doenças infecciosas na cidade de Belém, Pará; descrever aspectos do seu perfil sócio-demográfico e clínico; pesquisar se a terapia anti-retroviral e imunodeficiência estavam associados ao TDM, além de descrever os sintomas depressivos dos quadros identificados.

MÉTODO

Realizou-se o tipo de estudo transversal de prevalência.

Para obtenção dos dados, foram aplicados questionários aos pacientes portadores do HIV/AIDS sob atendimento na Unidade de Referência de Doenças Infecciosas e Parasitárias Especiais (URE DIPE), investigando características sócio-demográficas e clínicas, além da aplicação de questionários padronizados para TDM.

A URE DIPE funciona como ambulatório de referência para AIDS e outras doenças infecciosas, vinculada à Secretaria de Saúde Pública do Pará.

O estudo foi desenvolvido de abril de 2007 a abril de 2009 e a coleta de dados realizada de novembro de 2007 a janeiro de 2009.

Como população de estudo foi definida uma amostra de indivíduos atendidos na URE DIPE que preencheram os critérios de inclusão, quais sejam: a) ser portador do HIV/AIDS; 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.

No período citado, os indivíduos presentes na sala de espera e nos leitos do hospital dia, que preencheram os critérios de inclusão, foram convidados pelos autores 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. Entrevistados todos os pacientes que consentiram sua participação pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Utilizou-se questionário produzido pelos autores, investigando características sócio-demográficas; tempo do diagnóstico da infecção pelo HIV; se fazia uso da terapia anti-retroviral (TARV) e quanto ao nível de LTCD4 no período da entrevista. Indivíduos com contagens de LTCD4 menores de 350 células/mm³ foram considerados imunodeficientes.²²

Após o uso do questionário desenvolvido pelos autores, os participantes foram entrevistados através do *MINI International Neuropsychiatric Interview* (MINI), 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 e a sub-escala de depressão da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.

O MINI é um questionário breve que visa o *screening* das principais doenças psiquiátricas.²³ 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 estudos epidemiológicos e permite redução de 50% ou mais no tempo da avaliação²⁴ por sua organização

em módulos diagnósticos independentes (neste estudo foram utilizados apenas os módulos Episódio Depressivo Maior e Episódio Hipomaniaco e Maníaco).

O Inventário de Depressão de Beck (IDB) foi utilizado visando a exploração dos sintomas depressivos nos pacientes diagnosticados com episódio depressivo maior atual pelo MINI. É um questionário padronizado para a avaliação do humor depressivo bastante utilizado na literatura²⁵, consistindo em 21 itens, cada um representando um sintoma depressivo.²⁶

Uma vez que no diagnóstico de episódio depressivo maior existem critérios envolvendo sintomas somáticos, podendo-se confundir com sintomas de inúmeras doenças físicas, é importante utilizar uma escala que conte apenas com critérios associados aos sintomas psíquicos da depressão. Para tanto, utilizou-se a sub-escala de depressão da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD), um questionário que avalia depressão particularmente em situações onde há uma doença física.²⁷ Ela é composta de sete questões e cuja pontuação pode variar de 0 a 21, sendo que pontuação maior ou igual a 7 definiu presença de depressão atual.²⁸

Uma vez identificado algum dos transtornos em questão (episódio depressivo maior atual ou passado, episódio maníaco ou hipomaniaco), o paciente recebia o endereço de um Centro de Atenção Psicossocial para que pudesse procurar acompanhamento especializado.

As informações obtidas foram digitadas em banco de dados criado no programa EXCEL 2007 e inseridas no programa EPI INFO versão 6.04 para análise estatística. A análise de significância foi realizada através do 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.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará.

RESULTADOS

A prevalência de TDM encontrada foi de 31.3% (36/115), enquanto que de transtorno bipolar foi de 29.6% (34/115).

TABELA I – Distribuição do total dos participantes e dos portadores de TDM quanto às características sócio-demográficas na URE DIPE, novembro de 2007 a janeiro de 2009. Belém, Pará

VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	Amostra total	%	TDM*	%
SEXO				
Masculino	58	50.4%	17	47.2%
Feminino	57	49.6%	19	52.8%
Total	115	100.0%	36	100.0%
FAIXA ETÁRIA				
18 a 29	20	17.4%	6	16.7%
30 a 39	50	43.5%	16	44.4%
40 a 50	36	31.3%	10	27.8%
> 50	9	7.8%	4	11.1%
Total	115	100.0%	36	100.0%
ORIENTAÇÃO SEXUAL				
Heterossexual	75	65.2%	24	66.7%
Homossexual	18	15.7%	7	19.4%
Bissexual	17	14.8%	5	13.9%
Não responderam	5	4.3%	-	-
Total	115	100.0%	36	100.0%
ESCOLARIDADE				
Analfabeto	13	11.3%	2	5.6%
Ensino Fundamental Incompleto	45	39.1%	17	47.2%
Ensino Fundamental Completo	10	8.7%	3	8.3%
Ensino Médio Incompleto	8	7.0%	2	5.6%
Ensino Médio Completo	21	18.3%	7	19.4%
Ensino Superior Incompleto	3	2.6%	1	2.8%
Ensino Superior Completo	7	6.1%	2	5.6%
Ignorado	8	7.0%	2	5.6%
Total	115	100.0%	36	100.0%
SITUAÇÃO OCUPACIONAL				
Benefício	38	33.0%	10	27.8%
Desempregado	27	23.5%	11	30.6%
Autônomo	15	13.0%	4	11.1%
Aposentado	13	11.3%	2	5.6%
Empregado	11	9.6%	5	13.9%
Do Lar	7	6.1%	3	8.3%
Estudante	3	2.6%	1	2.8%
Ignorado	1	0.9%	-	-
Total	115	100.0%	36	100.0%

Fonte: Protocolo de pesquisa

*TDM: transtorno depressivo maior

Quanto ao local de residência dos entrevistados, 58.3% residiam em Belém e 8.7% em Ananindeua. O restante residia em diversas localidades do interior do estado.

TABELA II – Distribuição do total dos entrevistados e dos portadores de TDM segundo os aspectos clínicos investigados na URE DIPE, novembro de 2007 a janeiro de 2009. Belém, Par

VARIÁVEIS CLÍNICAS	Amostra total	%	TDM**	%
TEMPO DE DIAGNÓSTICO				
Até o 1º ano	22	19.1%	10	27.8%
Do 2º ao 4º ano	40	34.8%	10	27.8%
Mais de 4 anos	37	32.1%	10	27.8%
Ignorado	16	13.9%	6	16.7%
Total	115	100.0%	36	100.0%
USO DE TARV*				
SIM	88	76.5%	25	69.4%
NÃO	27	23.5%	11	30.6%
Total	115	100.0%	36	100.0%
NÍVEL DE LINFÓCITOS T CD4+				
> 350	34	29.6%	13	50.0%
< 350	53	46.1%	13	50.0%
Ignorado	28	24.3%	-	-
Total	115	100.0%	100	100.0%

Fonte: Protocolo de pesquisa

*TARV: terapia anti-retroviral

**TDM: transtorno depressivo maior

TABELA III – Distribuição dos pacientes com e sem TDM quanto ao uso de TARV na URE DIPE, novembro de 2007 a janeiro de 2009. Belém, Pará.

USO DE TARV*	COM TDM**	%	SEM TDM	%	TOTAL	%
SIM	25	41.7%	35	58.3%	60	74.1%
NÃO	11	52.4%	10	47.6%	21	25.9%
TOTAL	36	44.4%	45	55.6%	81	100%

Fonte: Protocolo de pesquisa

*TARV: terapia anti-retroviral

**TDM: transtorno depressivo maior

TABELA IV – Distribuição dos pacientes com e sem TDM segundo o nível de LTCD4, novembro de 2007 a janeiro de 2009. Belém,

NÍVEL DE LTCD4*	COM TDM**	%	SEM TDM	%	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%

Fonte: Protocolo de pesquisa

*LTCD4: linfócitos T CD4+

**TDM: transtorno depressivo maior

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

SINTOMAS DEPRESSIVOS	N	%
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%

Fonte: Protocolo de pesquisa

A sub-escala de depressão da HAD foi aplicada aos pacientes identificados com episódio depressivo maior atual pelo MINI (26), exceto em um participante. Dos 25 entrevistados que responderam esta sub-escala, 23 foram classificados como possuidores de depressão atual. Portanto, a concordância entre as duas escalas foi de 92% (23/25).

DISCUSSÃO

Os estudos sobre prevalência de depressão em pacientes com HIV/AIDS no Brasil e no mundo variam bastante em diversos aspectos, como no tamanho amostral, na escolha de grupos específicos para estudo (só mulheres ou só homens homossexuais), nos diferentes desenhos de estudo, no uso de diferentes escalas para o diagnóstico de depressão, entre outros. Por isso, analisar as diversas pesquisas e compará-las torna-se um processo complexo e mesmo frágil.

A casuística contou com 115 entrevistados. A razão entre os sexos masculino e feminino foi de 1:1; 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). A idade média foi de 37.6 anos, com mediana de 37 anos. Declararam-se heterossexuais 65.2%

(75/115) e não haviam completado o ensino fundamental 39.1% (45/115). Quanto à ocupação, 33.0% (38/115) recebiam algum benefício do governo e 23.5% (27/115) estavam desempregados. Comparando o total dos participantes com os indivíduos identificados com TDM, não houve mudanças expressivas nas características sócio-demográficas investigadas (Tabela I). As faixas etárias mais representativas e o predomínio do grupo de heterossexuais estão de acordo com os dados dos casos de AIDS notificados no Brasil, mas a razão entre os sexos foi discordante, uma vez que, nacionalmente, a razão entre os sexos masculino e feminino foi de 1,5:1 em 2006.⁹

O estudo brasileiro mais recente e que obteve maior amostra, compatível com o este trabalho, é o de Mello e Malbergier.³ Estes autores entrevistaram 120 mulheres 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. Entretanto, as amostras diferiram quanto à situação ocupacional, uma vez que, no estudo paulista, 51.7% das participantes estavam empregadas.

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 HIV/AIDS. Na África do Sul, 149 pessoas foram pesquisadas, observando-se predomínio feminino, idade média de 30 anos, baixa escolaridade e 73.2% desempregados.²³ Já nos Estados Unidos, estudo de base populacional identificou também predomínio feminino, com maioria na faixa etária entre 35-49 anos, tendo completado o ensino médio ou pelo menos iniciado o ensino superior e incapaz laboralmente.¹⁴

Avaliando os 99 participantes, dos quais os resultados dos testes anti-HIV estavam disponíveis, no período da entrevista fazia mais de um ano que 77.8% tinham recebido o diagnóstico da infecção pelo HIV/AIDS. Faziam uso de TARV 76.5% (88/115) dos indivíduos. Na análise dos níveis de LTCD4, excluindo-se os ignorados, observou-se que, entre os 87 participantes com resultado conhecido, 61.0% (53/115) tinham contagens menores que 350 células/mm³. O nível médio de LTCD4 foi de 321,6 células/mm³. Já entre os participantes com TDM, foi idêntico o percentual de indivíduos nas diversas categorias de tempo de diagnóstico investigadas e de nível de LTCD4. 69.4% (25/36) faziam uso de TARV. Estas variáveis estão descritas na Tabela II.

Se considerarmos a prevalência de TDM na população em geral no Brasil em torno de 3% a 10%⁴, a ocorrência encontrada no presente estudo, de 31.3%, investigando pacientes com HIV/Aids, é bem superior, o que pode ser um reflexo das dificuldades físicas, pessoais e sociais a que estão expostos estes pacientes.

A prevalência de TDM encontrada neste estudo é superior à encontrada por Mello e Malbergier³ (25.8%), similar à de 30.3% encontrada por Tostes, Chalub e Botega¹² e inferior à de cerca de 36-38% de deprimidos identificados por Lovisi e Morgado¹³ e por Bing e colaboradores¹⁴. Essa variação pode ser resultado do uso de diferentes questionários nos trabalhos citados, além dos diferentes tamanhos de amostras estudadas.

Na tabela III, para avaliar a presença de associação entre uso de TARV e TDM, os entrevistados foram divididos em dois grupos, o dos que faziam uso de TARV e outro que não usava (excluindo os pacientes identificados com transtorno bipolar). Foram considerados sem transtorno do humor aqueles que não preencheram os critérios do MINI para os transtornos pesquisados (TDM e transtorno bipolar). Dos 60 pacientes que usavam TARV, 58.3% (35/60) não tinha TDM. Portanto, no presente trabalho não foi verificada associação entre uso de TARV e TDM ($p = 0.5516$). Numa análise aproximada a esta,

pesquisadores dividiram sua amostra em um primeiro grupo que fazia uso de TARV incluindo inibidores da protease, e num segundo grupo que não usava inibidores da protease ou não fazia uso de TARV. O primeiro grupo apresentou prevalência maior de TDM, mas a diferença entre os grupos não foi significativa estatisticamente.²

Também foi verificada a existência de associação entre imunodeficiência e TDM. Na tabela IV, novamente foi realizada divisão em dois grupos, o dos que apresentaram níveis de LTCD4 maiores que 350 células/mm³ e o grupo com níveis menores a este (imunodeficientes), excluindo os ignorados e os pacientes identificados com transtorno bipolar. A maior parte dos pacientes imunodeficientes não tinha TDM (63.9%) – o contrário do que se poderia esperar. A média do nível de LTCD4 foi maior nos pacientes com TDM (321,1 células/mm³) do que nos não deprimidos (296,7 células/mm³). Portanto, nesta pesquisa não houve associação de imunodeficiência com TDM ($p = 0.1512$). Outros trabalhos também não encontraram essa associação.^{23,29}

Os 26 entrevistados que apresentavam episódio depressivo maior atual, responderam ao IDB e apresentaram como sintomas mais frequentes: tristeza, auto-acusações, fadiga, irritabilidade, distúrbio do sono e preocupação somática (Tabela IV). Estes resultados estão de acordo com o referido na literatura¹⁵, porém, a ocorrência de 30.8% dos pacientes com depressão atual relatarem ideação suicida é superior aos 15.8% encontrados por Mello e Malbergier.³

A elevada concordância entre a sub-escala de depressão da HAD e o MINI, de 92%, sugere a identificação de poucos falso-positivos para depressão atual pelo MINI. A utilização desta sub-escala foi útil para aumentar a confiabilidade do diagnóstico realizado pelo MINI.

Antidepressivos são efetivos em populações infectadas pelo HIV/Aids¹⁹ e já foi comprovado que o tratamento antidepressivo promove a aderência ao tratamento anti-retroviral.³⁰

O tratamento agressivo medicamentoso e psicoterápico tem sucesso contra o TDM em 85% dos pacientes, mas o transtorno 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 HIV/AIDS e deveriam estar disponíveis nas instituições que atendem esta população.²⁰

CONCLUSÃO

A elevada prevalência de TDM identificada, cerca de três vezes maior que a da população em geral, indica ser importante que indivíduos portadores do HIV/AIDS 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.

SUMMARY

DEPRESSION IN PATIENTS WITH HIV/AIDS

Edgar Luis Lima de OLIVEIRA, Benedito Paulo BEZERRA, Ana Carolina Neves BLOIS, Dilvan Peres MACHADO FILHO e Ingrid Silva Costa SARDINHA

Objectives: to investigate the prevalence of major depressive disorder in patients with HIV/Aids users of a reference center of this disease in Belém, Pará; to describe some sociodemographic and clinical aspects; to research if the antiretroviral treatment and immunodeficiency were associated with the disorder, as well as to describe the symptoms from those who had depression. **Method:** a cross-sectional study was made. The participants were assessed using questionnaires for depression (MINI, Beck Depression Inventory and Hospital Anxiety and Depression Scale). **Results:** in the end of the study, the sample was made by 115 individuals. There was no predominant sex; 74.8% (86/115) of the participants were between 30 and 50 years old; 65.2% (75/115) claimed that were heterosexual; had incomplete primary school 39.1% (45/115); received some benefit from the government 33.0% (38/115); lived in Belém 58.3% (67/115); were using antiretroviral treatment 76.5% (88/115) and had CD4+ T lymphocytes counts under 350 cells/mm³ 46.1% (53/115). The prevalence of major depressive disorder was 31.3% (36/115) and this was not associated to the use of antiretroviral treatment, nor to immunodeficiency. The most frequent depressive symptoms were sadness, self-criticalness, fatigue, irritability, change in sleep patterns and somatic concern. **Conclusion:** the results show a high prevalence of major depressive disorder in patients with HIV/Aids.

KEY-WORDS: major depressive disorder, HIV, AIDS.

AGRADECIMENTOS

Aos funcionários da URE DIPE e à professora Maria Rita C. C. Monteiro, pelas preciosas sugestões.

REFERÊNCIAS

01. Moraes MJ, Oliveira ACP, Tostes MA – AIDS e psiquiatria. In: Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência, 2.ed. São Paulo : Ed. ARTMED, p.373-394, 2006
02. Morrison MF, Petitto JM, Have TT, Gettes DR, Chiappini MS, Weber AL et al. Depressive and anxiety disorders in women with HIV infection. *Am. J. Psychiatr.* 2002; 159(5): 789-796.
03. Mello VA, Malbergier A. Depression in women infected with HIV. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2006; 28(1): 10-17.
04. Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB et al. Brazilian multicentric study of psychiatry morbidity. *Br. J. Psychiatry.* 1997; 171: 524-529. (abstract)
05. Fleck MP, Berlim MT, Lafer B, Sougey EB, Porto JAD, Brasil MA et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2009; 31(supl.1): 7-17.
06. Sadock BJ, Sadock VA – Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica, 9.ed. Porto Alegre : Ed. ARTMED, p.406;572-580;741, 2007
07. Dubovsky SL, Davies R, Dubovsky AN – Transtornos do humor. In: Tratado de Psiquiatria Clínica. Porto Alegre: Ed. ARTMED : p.426-521, 2006
08. UNAIDS/WHO. Report on the global HIV/AIDS epidemic 2008. Switzerland: UNAIDS, 2008. Disponível em: < <http://www.unaids.org> >. Acesso em: 1 fev. 2009.
09. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Programa Nacional de DST e Aids. Boletim epidemiológico – Aids e DST. Brasília: MS, p.12, 2008. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 1 fev. 2009.
10. Abbas AK – Doenças da imunidade. In: Patologia – bases biológicas das doenças, 7 ed. Rio de Janeiro : Ed. Elsevier, p.203-280, 2005

11. 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.
12. Tostes MA, Chalub M, Botega NJ. The quality of life of HIV-infected women is associated with psychiatric morbidity. *AIDS CARE*. 2004; 16(2): 177-185.
13. Lovisi GM, Morgado A.F. Suporte social e distúrbios psiquiátricos em mulheres infectadas pelo HIV. *J. Bras. Psiquiatr.* 1996; 45(10): 593-599.
14. Bing EG, Burnam MA, Longshore D, Fleishman JA, Sherbourne CD, London AS et al. Psychiatric disorders and drug use among HIV-infected adults in United States. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2001; 58(8): 721-728.
15. Malbergier A, Schöffel AC. Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2001; 23(3): 160-167.
16. Evans DL, Have TRT, Douglas SD, Gettes DR., Morrison M, Chiappini MS et al. Association of depression with viral load, CD8 T lymphocytes, and natural killer cells in women with HIV infection. *Am. J. Psychiatry*. 2002; 159(10): 1752-1759.
17. Ickovics JR, Hamburger ME, Vlahov D, Schoenbaum EE, Schuman P, Boland RJ et al. Mortality, CD4 cell count decline, and depressive symptoms among HIV-seropositive women: longitudinal analysis from the HIV epidemiology research study. *JAMA*. 2001; 285(11): 1466-1474.
18. Pence BW. Psychiatric illness and virologic response in patients initiating highly active antiretroviral therapy. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* 2007; 44(2): 159-166.
19. Cruess DG, Evans DL, Repetto MJ, Gettes D, Douglas SD, Petitto JM. Prevalence, diagnosis, and pharmacological treatment of mood disorders in HIV disease. *Biological Psychiatry*. 2003; 54(3): 307-316.
20. Treisman G, Angelino A. Interrelation between psychiatric disorders and the prevention and treatment of HIV infection. *Clin. Infect. Dis.* 2007; (15): 313-317.
21. Hutton HE, Lyketsos CG, Zenilman JM, Thompson RE, Erbeling EJ. Depression and HIV risk behaviors among patients in a sexually transmitted disease clinic. *Am. J. Psychiatry*. 2004; 161: 912-914.
22. 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, p.13-24, 2004
23. Olley BO, Seedat S, Nei DG, Stein DJ. Predictors of major depression in recently diagnosed patients with HIV/AIDS in South Africa. *AIDS Patient Care*. 2004; 18(8): 481-487.
24. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2000; 22(3): 106-115.
25. Amaral GF, Jardim PCBV, Brasil MAA, Souza ALL, Freitas HF, Taniguchi LM et al. Prevalência de transtorno depressivo maior em centro de referência no tratamento de hipertensão arterial. *Rev. Psiquiatr. RS*. 2007; 29(2): 161-168.
26. Gorenstein C, Andrade L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev. Psiq. Clín.* 1998; 25(5): 245-250.
27. Marcolino JAM, Mathias LAST, Piccinini Filho L, Guaratini AA, Suzuki FM, Alli LAC. Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. *Rev. Bras. Anestesiol.* 2007; 57(1): 52-62.
28. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Júnior C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev. Saúde Pública*. 1995; 29(5): 355-363.
29. Huang TL, Leu HS, Liu JW. Lymphocyte subsets and viral load in male AIDS patients with major depression: naturalistic study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2006; 60(6): 687-692.
30. Yun LW, Maravi M, Kobayashi JS, Barton PL, Davidson AJ. Antidepressant treatment improves adherence to antiretroviral therapy among depressed HIV-infected patients. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* 2005, 38(4): 432-438.

Endereço para correspondência:

Edgar Luis Lima de Oliveira
Rua dos Caripunas, 1360, apt 402
Bairro Batista Campos
CEP 66033-230
Tel: (91) 3272-9538 / 8867-9538.
E-mail: edgarmedicina@yahoo.com.br

Recebido em 06.01.09 – Aprovado em 28.08.09