

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

SALLY KNEVITZ DA SILVA

PREVALÊNCIA DE INDICATIVO DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM
PACIENTES HIV/AIDS

Pelotas

2015

SALLY KNEVITZ DA SILVA

**PREVALÊNCIA DE INDICATIVO DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM
PACIENTES HIV/AIDS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde e Comportamento.

Orientador: Luciano Dias de Mattos Souza

Pelotas
2015

**PREVALÊNCIA DE INDICATIVO DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM
PACIENTES HIV/AIDS**

Conceito final: _____

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof(a). Dr(a). Ana Laura Sica Cruzeiro

Prof(a). Dr(a). Mariane Acosta Lopez Molina

Orientador – Prof. Dr. Luciano Dias de Mattos Souza

DEDICATÓRIA

*À Nilda e Gelcy (in memoriam),
meus pais, a origem de tudo e a
causa de toda luz em meio à
escuridão.*

AGRADECIMENTOS

À querida Susane. Confiou em mim para destinar a importante tarefa não apenas de entrevistar os pacientes do SAE, mas também de acompanhar seu próprio processo de crescimento durante a realização do projeto “Qualidade de vida em pacientes soropositivos de um centro de referência no sul do Brasil”. Obrigado por todo o apoio durante esta trajetória que já dura alguns anos. Obrigado, principalmente, pelo carinho e parceria que construímos – parceria de trabalho, de crescimento profissional e de amizade.

Ao meu orientador, Luciano, que sempre esteve disposto a caminhar do meu lado, desde a Graduação. Obrigado pelo carinho, confiança, otimismo, tranquilidade e persistência ao compartilhar teus conhecimentos. És mais do que um orientador no sentido literal desta função – alguém que faz parte, de fato, de meu papel profissional construído a cada dia e que me inspira a ser melhor.

À CAPES e CNPq, por proporcionar o pagamento deste Mestrado.

Aos pacientes do SAE-Pelotas, que compreenderam ser o motivo de nossa preocupação e aceitaram participar desta pesquisa para nos auxiliar a buscar formas de melhorar sua saúde.

Aos meus colegas entrevistadores, Cristal, Douglas, Paulinia e Suelen. Dividiram comigo, ainda na Graduação, a tarefa de abraçar com compromisso este projeto, apesar da nossa pouca experiência profissional e da relativa ansiedade.

Às funcionárias do Ambulatório da Faculdade de Medicina da UFPeL e da farmácia do SAE, por todo esforço e ajuda durante o trabalho de campo, inclusive tentando nos motivar com seu bom humor e companheirismo quando surgia o cansaço. Cláudia, Cristiane, Mabel e Marina, obrigado por fazerem parte deste trabalho.

Aos meus tios, Rosane e Dari, que me acompanham desde criança. Obrigado pelo amor e porque sempre me ajudaram a persistir com dedicação e fé, apesar dos obstáculos.

Ao Felipe, que, com amor, tornou-se um companheiro. Obrigado por me ensinar a ser mais leve, mostrando que todo compromisso pode se tornar algo prazeroso ao teu lado e ao lado de quem amamos.

RESUMO

Esta dissertação foi desenvolvida a partir do projeto “Qualidade de vida em pacientes soropositivos de um centro de referência no sul do Brasil” e em estudo transversal foi concebido para investigar a prevalência de indicativo de transtornos ansiosos e depressivos em pacientes HIV/AIDS de um centro regional de referência para tratamento de HIV/AIDS no sul do Brasil. Foram avaliados 671 pacientes sobre características sociodemográficas e clínicas, uso de substâncias psicoativas, indicativos de ansiedade e depressão. Indicativos de Transtornos Ansiosos (TA) e Transtorno Depressivo Maior (TDM) foram avaliados pela *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*. Foi realizada Regressão de Poisson na análise multivariada e foi utilizado modelo hierárquico. Do total da amostra, a prevalência de indicativo de TA foi 46.9% e de TDM 34.4%. Na análise multivariada, as variáveis que mantiveram associação independente com indicativo de TA foram: mulheres, jovens, baixo nível socioeconômico, abuso/dependência de tabaco, hospitalização prévia por problemas relacionados ao HIV e indicativo de TDM. Para indicativo de TDM, as variáveis seguintes mantiveram significância estatística: jovens, baixo nível socioeconômico, desempregados, sem percepção de apoio social e indicativo de TA. As prevalências de indicativos de TA e TDM foram altas. Estratégias para identificar possíveis intervenções necessárias e realizar ações preventivas devem ser reforçadas nos serviços de saúde que atendem os pacientes HIV/AIDS. Devem receber atenção de modo especial aqueles pacientes que vivem em situação de vulnerabilidade social, devido a sua maior associação com sintomas de relevância clínica em saúde mental.

Palavras-chave: ansiedade, depressão, prevalência, HIV, AIDS

ABSTRACT

This work was developed from a project "Quality of life in HIV-positive patients at a referral center in southern Brazil" and a cross-sectional study was designed to investigate the prevalence of indicative of anxiety and depressive disorders in HIV/AIDS patients at a regional reference center for treatment of HIV/AIDS in southern Brazil. We evaluated 671 patients on sociodemographic and clinical characteristics, substance abuse, indicative of anxiety and depression. Indicatives Anxious Disorders (AD) and Major Depressive Disorder (MDD) were evaluated by the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Poisson regression was performed in the multivariate analysis and was used hierarchical model. Of the total sample, the prevalence of indicative of AD was 46.9% and 34.4% TDM. In multivariate analysis, the variables that remained independently associated with indicative of TA were: women, youth, low socioeconomic status, abuse/dependence on tobacco, prior hospitalization for problems related to HIV and indicative of TDM. For indicative of TDM, the following variables remained statistically significant: young, low socioeconomic status, unemployed, without perception of social support and indicative of AD. The prevalence of indicative of AD and TDM were high. Strategies to identify possible interventions required and perform preventive actions should be strengthened in health services that meet the HIV/AIDS patients. Should receive particular attention those patients who are socially vulnerable, due to their greater association with symptoms of clinical significance in mental health.

Key-words: anxiety, depression, prevalence, HIV, AIDS

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo hierárquico teórico para indicativo de ansiedade	29
Figura 2 – Modelo hierárquico teórico para indicativo de depressão	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas da amostra	48
Tabela 2 – Comparação de proporção dos indicativos de ansiedade e depressão com as variáveis independentes	49
Tabela 3 – Regressão de Poisson para os desfechos indicativo de ansiedade e indicativo de depressão	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ASSIST	<i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i>
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
CDC	<i>Center for Disease Control and Prevention</i>
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
QV	Qualidade de vida
SAE	Serviço de Assistência Especializada HIV/AIDS
TA	Transtornos de Ansiedade
TDM	Transtorno Depressivo Maior
UCPel	Universidade Católica de Pelotas
UDI	Usuários de drogas injetáveis
UFPel	Universidade Federal de Pelotas
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
PROJETO.....	14
1 IDENTIFICAÇÃO.....	15
1.1 Título	15
1.2 Mestrando	15
1.3 Orientador	15
1.4 Instituição	15
1.5 Curso	15
1.6 Linha de pesquisa	15
1.7 Data	15
2 INTRODUÇÃO	16
3 OBJETIVOS	18
3.1 Geral	18
3.2 Específicos	18
4 HIPÓTESES	19
5 REVISÃO DE LITERATURA	20
5.1 Fatores associados à ansiedade	20
5.2 Fatores associados à depressão	22
6 METODOLOGIA	27
6.1 Delineamento	27
6.2 Participantes	27
6.3 Procedimentos e instrumentos.....	28
6.4 Análise de dados.....	29
6.5 Aspectos éticos	30
6.6 Cronograma	31
6.7 Orçamento	31

7 REFERÊNCIAS	32
8 ARTIGO	36
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
ANEXOS	55
Anexo A: Resumo da revisão de literatura	56
Anexo B: Carta de aprovação pelo Comitê de Ética	57
Anexo C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	58
Anexo D: Questionário	59

APRESENTAÇÃO

Este trabalho de Dissertação é composto pelo projeto de pesquisa da mestranda e pelo artigo desenvolvido a partir da pesquisa realizada. O projeto foi implementado no período de dezembro de 2011 a julho de 2012, a partir do trabalho de mestrado elaborado pela Susane Müller Klug Passos, acadêmica deste Programa de Pós-Graduação. A presente autora participou do projeto desde sua concepção até a análise de dados. Iniciou sua colaboração como aluna da graduação em Psicologia pela UCPel, enquanto bolsista de iniciação científica. Na seção inicial da Dissertação encontra-se o projeto de pesquisa adaptado aos objetivos do presente trabalho.

O trabalho de campo foi conduzido no Serviço de Assistência Especializada (SAE) em HIV/AIDS de Pelotas, RS. O SAE é um serviço que atende pacientes com HIV/AIDS residentes em Pelotas e cidades da região sul pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Inaugurado em 1988, é mantido a partir de convênio entre a Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e a Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, funcionando nas dependências do Ambulatório da Faculdade de Medicina desta universidade. Oferece tratamento ambulatorial aos quase quatro mil pacientes cadastrados (inclusive crianças e gestantes), fornecendo consultas médicas, acompanhamento psicológico e medicação para o tratamento antirretroviral, quando necessário.

Após a conclusão do trabalho de campo, a equipe escreveu artigos científicos acerca de diversos resultados encontrados, a fins de colaborar com a produção sobre os temas qualidade de vida e saúde, de modo geral, dos pacientes HIV/AIDS do sul do Brasil. Desta forma, coube a presente autora avaliar o perfil dos indivíduos com indicativo de ansiedade e depressão na referida amostra. A segunda seção da Dissertação apresenta o artigo que será submetido à Revista Brasileira de Psiquiatria, a fins de expandir as informações obtidas. Por fim, são apresentadas considerações finais a respeito do tema.

PROJETO

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 Título: Prevalência de indicativos de transtornos ansiosos e depressivos em pacientes com HIV/AIDS

1.2 Mestrando: Sally Knevez da Silva

1.3 Orientador: Luciano Dias de Mattos Souza

1.4 Instituição: Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

1.5 Curso: Mestrado em Saúde e Comportamento

1.6 Linha de pesquisa: Saúde Mental

1.7 Data: Agosto, 2015

2. INTRODUÇÃO

Os Transtornos de Ansiedade (TA) caracterizam-se, de modo geral, por sintomatologia como preocupação excessiva, dificuldade de relaxar, aceleração do fluxo do pensamento, agitação psicomotora, isolamento social e sintomas físicos (Barlow & Durand, 2008). O Transtorno Depressivo Maior (TDM) caracteriza-se por episódio único, mas pode ser recorrente, sendo, então, constituído por dois ou mais episódios depressivos separados ao longo da vida do indivíduo. Entre os sintomas depressivos, destacam-se a diminuição ou falta de interesse pelas atividades (incluindo dificuldade para cuidar da própria saúde), o isolamento social e risco de suicídio (Barlow & Durand, 2008).

Estes transtornos são mais prevalentes entre pacientes com doenças crônicas quando comparados com sujeitos saudáveis, sendo maior o risco de seu desenvolvimento também entre os doentes (Katon, 2011). Em estudo de base populacional, observou-se que indivíduos com alguma doença crônica tinham mais risco de desenvolver depressão, sendo que o risco aumentava com duas ou mais doenças (Boing et al., 2012). A comorbidade com depressão pode piorar o curso da doença crônica, interferindo na aderência ao tratamento e agindo sobre o organismo do paciente (Boing et al., 2012).

Conforme salientado em estudo de revisão, há indícios na literatura científica de que a prevalência de TDM nos indivíduos infectados pelo HIV seja maior que a encontrada nos soronegativos (Stumpf, Rocha & Proietti, 2006). Já em relação a ansiedade, de acordo com estudo de revisão, não haveria diferença significativa de prevalências entre pacientes de HIV e a população geral (Sánchez-Fernández & Tomateo-Torvisco, 2014). Portanto, para TA, a literatura não apresenta consenso.

Além disso, alguns sintomas e prejuízos funcionais acarretados por doença crônica podem precipitar ou piorar o desenvolvimento do quadro depressivo (Katon, 2011). Especificamente em relação ao HIV, o desenvolvimento dos tratamentos farmacológicos e o consequente aumento na expectativa de vida colaboraram com a mudança de perspectiva da infecção para uma doença crônica (Chiasson et al., 1999). Também aspectos clínicos e socioculturais da infecção por HIV podem propiciar agravos da sintomatologia depressiva (Evans et al., 1997).

Em relação às prevalências de TA e TDM em pacientes com HIV/AIDS, os dados variam de acordo com a literatura internacional, conforme a metodologia

utilizada para mensurar os sintomas e a subpopulação estudada. A prevalência de ansiedade pode chegar a 64%, em comparação com 19.9% na população geral (Andrade et al., 2012; Castanha, Coutinho, Saldanha & Ribeiro, 2006; Liu et al., 2013). Já o episódio depressivo pode apresentar prevalência variante de 12 a 66% nesses pacientes, enquanto na população geral esta taxa aproxima-se de 9.4% (Silveira et al., 2012; Liu et al., 2013; Andrade et al., 2012).

Existem importantes fatores de associação entre transtornos ansiosos e depressivos em pacientes HIV/AIDS e seus resultados no tratamento (Obadeji, Ogunlesi & Adebawale, 2014). Entre eles, sabe-se que o estresse, relacionado a tal sintomatologia, pode aumentar a suscetibilidade a doenças infecciosas e causar dano à função física (Barlow & Durand, 2008). Além disso, a depressão prejudica o sistema imunológico, pois interrompe processos biológicos básicos (Barlow & Durand, 2008). No caso de pacientes soropositivos, estes aspectos constituem-se em agravantes, visto que o sistema imunológico já está prejudicado pelo próprio quadro clínico.

No entanto, ainda são limitados os dados sobre características de Transtornos de Ansiedade e Transtorno Depressivo Maior nos pacientes com HIV/AIDS, principalmente em países em desenvolvimento. Além disso, de modo geral, é necessário o conhecimento sobre os fatores associados a tais transtornos, a fins de facilitar a correta realização dos diagnósticos. Portanto, o presente trabalho tem como objetivo verificar a prevalência de indicativo de transtorno ansioso e depressivo em indivíduos com HIV/AIDS.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Verificar a prevalência de indicativo de transtorno ansioso e depressivo em indivíduos HIV/AIDS atendidos pelo Serviço de Assistência Especializada de Pelotas – RS.

3.2 Específicos

- Identificar fatores associados à presença de indicativo de transtorno ansioso em indivíduos HIV/AIDS atendidos pelo Serviço de Assistência Especializada de Pelotas – RS.

- Identificar fatores associados à presença de indicativo de transtorno depressivo em indivíduos HIV/AIDS atendidos pelo Serviço de Assistência Especializada de Pelotas – RS.

4. HIPÓTESES

- A presença de indicativo de transtorno ansioso em indivíduos HIV/AIDS atendidos pelo Serviço de Assistência Especializada de Pelotas – RS estará associada a: mulheres, com pouca escolaridade, no estágio de AIDS.
- A presença de indicativo de transtorno depressivo em indivíduos HIV/AIDS atendidos pelo Serviço de Assistência Especializada de Pelotas – RS estará associada a: mulheres, casadas, desempregadas, com pouca escolaridade e baixo nível socioeconômico.

5. REVISÃO DE LITERATURA

Até agosto de 2015, foi realizada uma revisão sistemática nas bases de dados Lilacs, PePSIC, PubMed e Scielo; e em bibliotecas da Universidade Católica de Pelotas e particular, com o objetivo de identificar na literatura trabalhos que tratassem do tema desta pesquisa. Além disso, a busca foi complementada por pesquisas nas páginas da *web*: “DST (Doença Sexualmente Transmissível), AIDS e Hepatites Virais”, do Ministério da Saúde do Brasil; “Censo Demográfico de 2010”, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Para tanto, foram utilizados os diferentes descritores na busca em bases de dados, conforme a base de dados (MeSH / DeCS):

#1) depression OR depressive disorder OR depressive disorder major OR mood disorder AND

#2) anxiety OR anxiety disorder OR anxiety disorders AND

#3) HIV OR Acquired Immunodeficiency Syndrome

Utilizaram-se os seguintes limites:

- língua inglesa, espanhola ou portuguesa;
- artigos publicados de 2010 até a data de elaboração projeto;

Após definidas as limitações e exclusão dos artigos não relevantes a este tema, foram identificados, até o momento, 30 artigos, sendo 13 no Lilacs, 1 na PePSIC, 5 na PubMed, e 11 na Scielo. A seguir, são considerados os principais resultados dos estudos identificados (conforme resumo no Anexo A).

A partir dos artigos encontrados, foram separadas em tópicos a seguir informações relevantes sobre sintomatologia ansiosa e depressiva na população HIV/AIDS.

5.1 Fatores associados à ansiedade

A literatura científica a respeito dos fatores associados à ansiedade nos pacientes HIV/AIDS é significativamente escassa. Em inúmeros trabalhos, há referência a sintomas ansiosos como inquietação e “nervosismo”. Além disso, em outros casos os sintomas não são medidos através de instrumentos reconhecidos como adequados no que tange às suas características psicométricas, dificultando, então, a compreensão

acerca do contexto de saúde mental. Apesar disto, serão referidos a seguir aspectos considerados relevantes sobre o tema, a partir da literatura encontrada.

Em estudo com mulheres saudáveis e infectadas por HIV verificou-se que escores mínimos de sintomas de ansiedade e depressão foram mais prevalentes entre o grupo controle (sem HIV) quando comparado com pacientes HIV-positivos e pacientes com AIDS. Já sintomatologia de ansiedade (53.3%) e depressão (40%) moderada a grave foi mais prevalente entre o grupo de pacientes, quando comparados aos indivíduos controles, com diferenças estatisticamente significativas. As doentes de AIDS apresentaram mais sintomas de ansiedade. Ocorreram associações do comprometimento do sono com sintomas de ansiedade nas mulheres soropositivas; e nas doentes de AIDS, foram verificadas associações entre problemas de sono e sintomas de depressão (Junqueira, Bellucci, Rossini & Reimão, 2008).

Em outro estudo também com mulheres HIV, avaliou-se o sofrimento emocional a partir de escala considerando sete itens relacionados a sintomas de ansiedade e oito itens relacionados a sintomas de depressão. Observou-se que 53% da amostra referiu quatro ou mais sintomas de sofrimento emocional, sendo que este prejuízo esteve positivamente correlacionado com preocupações sobre o HIV (Kamen, Arganbright, Kienitz, Weller, Khaylis, Shenkman, Smith, Koopman & Gore-Felton, 2015).

Em estudo na Inglaterra com 3258 pacientes HIV de ambos os gêneros, ansiedade e depressão foram investigados enquanto domínios da qualidade de vida. Os mais velhos apresentaram menores proporções de ansiedade e depressão quando comparados com os demais pacientes (McGowan, Sherr, Rodger, Fisher, Miners, Johnson, Elford, Collins, Hart, Phillips, Speakman & Lampe, 2014).

Em pesquisa sobre a adesão ao tratamento, 24.8% dos pacientes que referiram problemas apontaram sobre condições psicológicas (como sintomas de ansiedade, tristeza, medo), e 14.5% relataram problemas relacionados a saúde física (como lipodistrofia e hepatite). Foram observados níveis baixos de ansiedade em 49.2% da amostra. Níveis de depressão e sintomas de ansiedade e depressão estiveram associados a não adesão ao tratamento antirretroviral (Calvetti, Giovelli, Gauer & Moraes, 2014).

Em pesquisa na Alemanha com a aplicação da HADS, 40% dos pacientes homens e 73% dos pacientes mulheres apresentaram níveis patológicos de ansiedade. A proporção de sujeitos com escore total na escala maior ou igual a 13 foi elevada em pacientes homens e mulheres ao comparar com a proporção na população geral do país (Kittner, Brokamp, Thomaidis, Schmidt, Wiltink, Galle & Jäger, 2014). Verificou-se

resultado semelhante em pesquisa realizada no Brasil, com prevalência de 51.5% de sintomas ansiosos medidos pela HADS. A incidência cumulativa de não adesão ao tratamento, ao longo das entrevistas de acompanhamento, foi 37.2%. Houve aumento do risco para não adesão entre os pacientes com sintomas severos de ansiedade (Campos, Guimarães & Remien, 2010). Já em outro estudo, também no Brasil, a prevalência de sintomas ansiosos moderados a severos foi 35.8%, pela HADS. Mulheres, com baixa escolaridade, com dificuldades de acesso aos serviços de saúde, que não tinham seguro de saúde e atendimento a psicoterapia estiveram associadas a ansiedade em maiores proporções (Campos, Bonolo & Guimarães, 2007). Semelhantemente, a prevalência de ansiedade em pesquisa com dados nacionais no Brasil foi 41.8%, sendo maior entre as mulheres (Peixoto, Barros & Guimarães, 2014).

Quanto ao estado emocional e à qualidade de vida, em outro estudo observou-se que os pacientes com maior nível de apoio social apresentavam menores índices de ansiedade e depressão, além de maior qualidade de vida. Os pacientes que não referiram ter observado melhora significativa no processo da doença (conforme seria esperado a partir do tratamento) tenderam a decepcionar-se e desmotivar-se, criando expectativas negativas sobre o tratamento e maximizando efeitos colaterais (Remor, 2002).

5.2 Fatores associados à depressão

O TDM é comum entre pessoas em condições crônicas de doença, podendo causar incapacidade, afetar a evolução da doença e interferir na recuperação da doença (Cruess, Douglas, Pettito, Have, Gettes, Dubé, Cary & Evans, 2005). É considerado risco potencial para o aumento da morbidade e mortalidade de muitas condições médicas, incluindo a infecção pelo HIV/AIDS (Cruess et al., 2005). Especificamente em relação ao HIV, a depressão é um dos transtornos psiquiátricos mais prevalentes e menos diagnosticados, tendo proporções significativamente maiores entre os pacientes HIV/AIDS quando comparados com indivíduos da população geral (Patterson, Young, Woods, Vigil, Grant & Atkinson, 2006).

Apesar da elevada prevalência, o diagnóstico de TDM em pacientes HIV/AIDS pode ser dificultado devido a fatores como: tendência dos profissionais de saúde em considerar a depressão reação normal ao diagnóstico da infecção; presença de sintomas somáticos que complicam o diagnóstico diferencial; receio de alguns pacientes em expressarem seus sentimentos; efeitos colaterais psiquiátricos de alguns antirretrovirais (Stumpf, Rocha & Proietti, 2006). Além disso, alguns dos indicadores de depressão

utilizados na prática clínica com pacientes (como fraqueza e perda de peso) podem ser mimetizados por sintomas físicos da própria infecção por HIV, dependendo do estágio da doença (Malbergier & Schöffel, 2001). Neste contexto, o diagnóstico e o tratamento de depressão em pessoas vivendo com HIV/AIDS ocorrem em 40 a 50% dos casos (Malbergier & Schoffel, 2001). Nos casos em que o transtorno depressivo não é diagnosticado corretamente, estudos apontam que até metade dos pacientes deprimidos não recebem tratamento com antidepressivos (Mello & Malbergier, 2006). Portanto, a avaliação dos sintomas depressivos deve ser criteriosa e atenta ao estágio da doença (Malbergier & Schöffel, 2001).

Quanto às prevalências de sintomatologia depressiva na população HIV/AIDS, os dados variam de acordo com o método de mensuração utilizado, o delineamento do estudo e a amostra com subpopulações, como pacientes UDI. Em estudo com pacientes atendidos em centros de referência para HIV/AIDS em Ribeirão Preto e São Paulo, observou-se prevalência de sintomas depressivos de 27.6%, sendo que mulheres apresentaram maior gravidade em comparação com homens. Identificou-se, também, que quanto maior a intensidade dos sintomas depressivos, pior a qualidade de vida, exceto nos domínios “preocupação com o sigilo” e “confiança no médico” (Reis, Haas, Santos, Teles & Galvão, 2011). Em estudo no Rio de Janeiro com pacientes mais velhos, a prevalência de depressão foi semelhante: 27.7%, sendo maior entre mulheres, aqueles com contagem recente menor de CD4, entre fumantes (Carmo Filho et al., 2013).

Em estudo com pacientes HIV/AIDS na Angola, verificou-se prevalência de 33% de depressão, com maiores proporções entre as mulheres, solteiras (prevalência maior de sintomas mais graves), e sem terceiro grau de escolaridade (Nhamba, Meléndrez & Veá, 2014). Em pesquisa na Alemanha com a aplicação da HADS, 30% dos homens e 47% das mulheres apresentaram sintomas de depressão como indicativo de transtorno. A proporção de sujeitos com escore total na escala maior ou igual a 13 foi elevada em pacientes homens e mulheres ao comparar com a proporção na população geral do país (Kittner, Brokamp, Thomaidis, Schmidt, Wiltink, Galle & Jäger, 2014).

Em estudo na Jamaica, verificou-se prevalência de depressão de 43%. A presença de depressão não mostrou associação com contagem de células CD4, estado civil ou eventos estressores (Clarke, Gibson, Barrow, Abel & Barton, 2010). Em estudo com mulheres, a prevalência de episódio de TDM foi de 25.8%, sendo maior entre o grupo de pacientes sintomáticos, quando comparada com a taxa nos pacientes

assintomáticos, e associada a desemprego. Também observou-se prevalência de depressão de 60% ao longo da vida (Mello & Malbergier, 2006).

Em outro estudo, a prevalência de TDM de acordo com a entrevista estruturada MINI Plus foi de 31.3%, apresentando concordância de 92% com o resultado pela aplicação da HADS (Oliveira, Bezerra, Blois, Machado Filho & Sardinha, 2009). Também pela HADS, verificou-se prevalência de sintomas depressivos moderados a severos de 21.8%. Mulheres, que não tinham seguro de saúde, de baixa renda, que moravam sozinhas e sem parceiro sexual no último mês apresentaram associação com depressão (Campos, Bonolo & Guimarães, 2007).

Em outro estudo a prevalência de depressão foi semelhante, 40.7% (Schmitt & Silva, 2009). Já em pesquisa com pacientes HIV/AIDS colombianos, não foram observados índices significativos de ansiedade e depressão, o que pode estar associado ao elevado uso de estratégias cognitivas de enfrentamento por estes pacientes, bem como a busca de apoio religioso e social com os profissionais de saúde (Gaviria, Quiceno & Vinaccia, 2009).

Em pesquisa qualitativa na Paraíba, verificou-se prevalência de sintomatologia depressiva de 64% através do BDI. Os pacientes foram agrupados de acordo com a idade (faixas etárias de 31 a 40 anos e de 41 a 50 anos). Entre o grupo mais jovem, a partir da análise das falas dos pacientes, houve predomínio de questões físico-orgânicas relacionadas à AIDS, sendo que os pacientes referiram limitações, incapacidade, frustrações e isolamento. No outro grupo, predominaram questões psicossociais relacionadas ao preconceito e enfrentadas através da esperança e do suporte religioso. Entre os homens, a depressão foi percebida como sinônimo de angústia, ansiedade e desespero. (Castanha, Coutinho, Saldanha & Ribeiro, 2006).

Em estudo com pacientes soropositivos no México, observou-se associação significativa entre menores índices de estresse e depressão com melhor adesão ao tratamento (Piña López, Dávila Tapia, Sánchez-Sosa, Togawa & Cázares Robles, 2008). Corroborando com este achado, em pesquisa para avaliar a satisfação com a imagem corporal, verificou-se que indivíduos insatisfeitos apresentaram maior proporção de queixas autorelatadas sobre “sentir-se deprimido ou angustiado”, embora esta diferença não tenha sido estatisticamente significativa. Estes pacientes apresentaram maiores proporções de sobrepeso e problemas relacionados à adesão ao tratamento antirretroviral (Leite, Papa & Valentini, 2011).

Outro estudo, realizado no Brasil, também aponta alta prevalência (25.8%) de sintomas de depressão entre mulheres infectadas pelo HIV/AIDS (Reis et. al, 2011). Em estudo com 667 pacientes HIV, observou-se que 43.9% da amostra apresentou sintomas de ansiedade e 46.2%, sintomas de depressão, sendo que cerca de 14% fazia tratamento psicológico e/ou psiquiátrico. Quanto maior a gravidade da sintomatologia, menor a chance de os pacientes terem relação sexual, mas não houve associação com uso de preservativo (Cardoso, 2014). Em contraste, diagnósticos de ansiedade e depressão entre homens estiveram associados significativamente com o sexo desprotegido (Peixoto, Barros & Guimarães, 2014).

Conforme apontado em estudo de revisão, as características dos pacientes HIV com maior risco de desenvolver depressão são semelhantes aquelas para a população geral. Assim, os mais propensos são as mulheres, com menores níveis educacional e socioeconômico, desempregados ou sem estabilidade no trabalho, casados e sem rede de apoio social (Levi, Alvarado & Wolff, 2010).

Em indivíduos infectados pelo HIV, o TDM está associado, entre outros fatores, ao estigma da doença, a consequências na saúde geradas pelo vírus e pelas infecções oportunistas no Sistema Nervoso Central, e a populações especificamente vulneráveis, como usuários de drogas injetáveis (UDI) e homossexuais (Stumpf, Rocha & Proietti, 2006). Estudos de revisão que compararam a prevalência de depressão em pacientes HIV de ambos os sexos observaram que a proporção entre mulheres pareceu ser maior que entre os homens. Estes resultados assemelham-se aos encontrados com indivíduos na população geral, independentemente do estado sorológico para HIV (Stumpf, Rocha & Proietti, 2006). No entanto, foram encontradas controvérsias na literatura científica em relação a este aspecto. Alguns estudos confirmaram a prevalência maior de depressão entre as mulheres (Carmo Filho, Fakour, Eyer-Silva, Neves-Motta, Kalil & Ferry, 2013; Nhamba, Meléndrez & Veá, 2014; Peixoto, Barros & Guimarães, 2014). Outros, não encontraram diferenças estatisticamente significativas sobre a prevalência de depressão de acordo com o gênero do paciente (Clarke, Gibson, Barrow, Abel & Barton, 2010; Schmitt & Silva, 2009).

Além disso, tem sido associada a alterações na função imunológica (Evans, Leserman, Perkins, Stern, Murphy & Zheng, 1997), impactando a progressão da infecção (Cruess et al., 2005). Em estudo, verificou-se que altos índices de eventos estressores aumentavam a chance de desenvolver a progressão da infecção por HIV (Evans et al., 1997), o que, por sua vez, está relacionado a maior risco de o paciente

desenvolver depressão (Mello & Malbergier, 2006). Em estudo com entrevistas de acompanhamento para investigar a não adesão dos pacientes ao tratamento, não verificou-se associação entre este desfecho e a presença de sintomas depressivos (Campos, Guimarães & Remien, 2010).

Em pesquisa realizada no SAE de Pelotas, encontrou-se prevalência de sintomas depressivos de 32%, sendo associada à baixa renda. Dos pacientes avaliados, 78% relataram aderência ao tratamento (Silveira, Guttier, Pinheiro, Pereira, Cruzeiro & Moreira, 2012). Além disso, em outra pesquisa, também neste centro, sintomas de ansiedade e depressão estiveram independentemente associados com qualidade de vida nos domínios relações sociais e crenças espirituais/religiosas (Passos & Souza, 2015).

Diante disso, releva-se a importância da prevenção e do tratamento de sintomas depressivos, pois estão estatisticamente associados a não adesão ao tratamento antirretroviral (Tufano, Amaral, Cardoso & Malbergier, 2015). Além disso, em revisão observou-se que a depressão está associada a pior prognóstico da infecção (Stumpf, Rocha & Proietti, 2006).

6. METODOLOGIA

6.1 Delineamento

Estudo Transversal.

6.2 Participantes

Amostra por conveniência no Serviço de Assistência Especializada (SAE) HIV/AIDS de Pelotas – RS. No total, 690 pacientes com sorologia positiva para HIV ou com diagnóstico clínico de AIDS foram convidados a participar. Destes, 625 aceitaram ser entrevistados, contudo, 8 participantes foram excluídos por não preencherem adequadamente parte do instrumento utilizado para este estudo.

Este estudo fez parte de uma pesquisa de maior porte com o objetivo de avaliar os fatores associados a qualidade de vida na população HIV/AIDS (Passos, 2015). O tamanho amostral para a presente proposta foi calculado *a posteriori*. O indicativo de ansiedade apresentou poder estatístico maior que 80% para sexo, classe socioeconômica, ter apoio, uso atual de medicação, hospitalização prévia por problemas relacionados ao HIV, abuso/dependência de substâncias, abuso/dependência de tabaco, indicativo de depressão. O indicativo de depressão apresentou poder estatístico maior que 80% para classe socioeconômica, ter apoio, uso atual de medicação, abuso/dependência de substâncias, indicativo de ansiedade. Para as demais associações o poder estatístico não é adequado (abaixo de 80) (Hulley, Cummings, Browner, Grady & Newman, 2008).

6.2.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo os pacientes acima de 18 anos. Estes pacientes estavam no SAE para serem atendidos em consulta previamente agendada ou para retirar medicação de tratamento para AIDS no período de dezembro de 2011 a julho de 2012.

6.2.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo pacientes que: recusaram-se a consentir sua participação; não poderiam permanecer sozinhos na sala com o entrevistador (caso, por exemplo, de apenados); apresentaram dificuldades cognitivas de compreensão dos

instrumentos; não preencheram adequadamente o questionário para avaliar indicativo de transtornos de ansiedade e depressão.

6.3 Procedimentos e Instrumentos

6.3.1 Desfecho primário

Como desfecho primário, foi considerada a prevalência de indicativo de transtorno ansioso e depressivo. Foi aplicada a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). Esta escala foi validada para o Brasil para pacientes com doenças crônicas que não estejam em internação hospitalar apresentando propriedades psicométricas adequadas. Permite avaliar os sintomas de ansiedade e depressão através de 14 questões com pontuações individuais e independentes em duas subescalas, sem considerar os sintomas psicossomáticos que poderiam se constituir em fatores de confusão no diagnóstico. Cada subescala apresenta ponto de corte 8/9, em que 9 indica sintomatologia clínica para ambos fatores investigados. (Botega, 1995; Castro *et al.*, 2006).

6.3.2 Desfecho secundário

Todos pacientes responderam a um questionário para investigar dados sociodemográficos sobre sexo, idade, escolaridade (em anos completos de estudo) e informações de acordo com a versão de 2011 da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [ABEP] (2011). Para análise estatística, as classes econômicas foram agrupadas em A/B, C, D/E.

Foi utilizado também o *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* 2.0 (ASSIST). Este questionário avalia abuso e dependência de 9 classes de substâncias psicoativas, abordando sobre seu uso ao longo da vida e nos últimos 3 meses, com 8 perguntas para cada uma dessas classes. Apresentou adequadas características psicométricas na versão brasileira. As variáveis para análise foram codificadas em dicotômicas (abuso/dependência – sim ou não) (Henrique, Micheli, R. B. Lacerda, L. A. Lacerda & Formigoni, 2004).

Para avaliar o possível uso de medicação para AIDS, foram feitas as seguintes perguntas dicotômicas do tipo sim/não: “Atualmente, tu estás tomando alguma medicação para HIV?” e “Há quanto tempo, em meses, tu tomas ou tomaste algum tipo de medicação para HIV?”. O paciente também era questionado sobre a percepção de

lipodistrofia, embasado em mudanças corporais notáveis após iniciar o uso da medicação.

Dados sobre o estágio clínico da infecção, CD4 e carga viral foram obtidos a partir do prontuário médico. Foram considerados os resultados atuais dentro dos últimos seis meses. Quanto ao estágio clínico, os pacientes foram classificados como assintomáticos, sintomáticos ou com AIDS (CDC, 2008). Foi utilizado o ponto de corte do guia nacional para HIV/AIDS para CD4 utilizado no período de realização da pesquisa, considerando que igual ou maior a 350 seria saudável. [Ministério da Saúde do Brasil] (2008).

6.4 Análise de dados

Foi realizada análise exploratória de dados através de frequência simples das variáveis estudadas. A análise bivariada, pelo teste do qui-quadrado, foi realizada no programa SPSS. Foi realizada análise multivariada por Regressão de Poisson no programa STATA, para verificar as associações e excluir possíveis fatores de confusão. Foi utilizado um modelo hierárquico teórico, em que foram incluídas variáveis com $p < 0.200$ na análise bivariada e mantidas como estatisticamente significativas aquelas com $p < 0.050$ nos seus determinados níveis (Figuras 1 e 2).

Figura 1 – Modelo hierárquico teórico para indicativo de transtorno de ansiedade

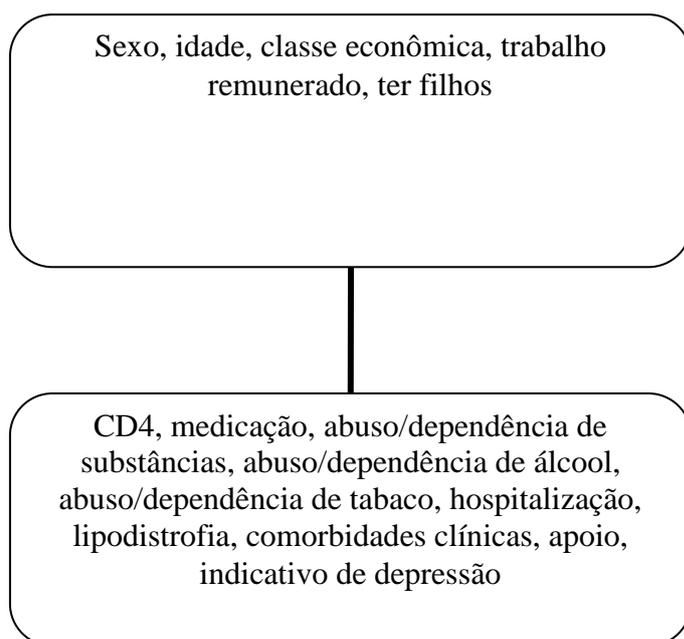
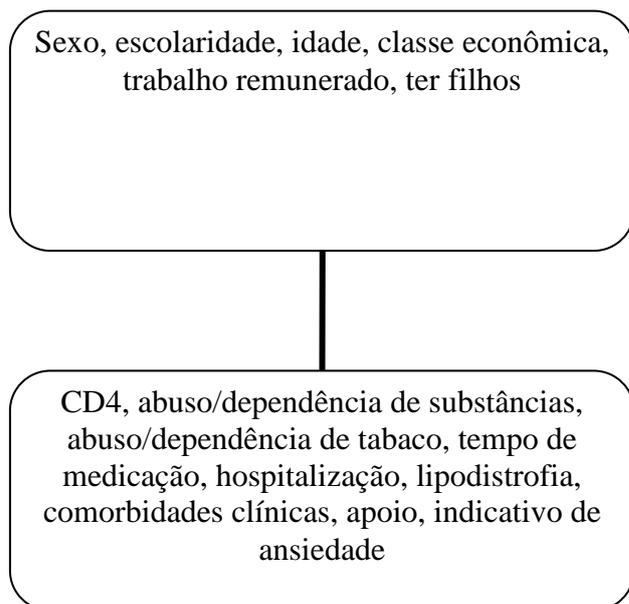


Figura 2 – Modelo hierárquico teórico para indicativo de transtorno de depressão



6.5 Aspectos éticos

Esta pesquisa respeitou os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10 de outubro de 1996 e foi aprovada pelos comitês de Ética e Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas, da Universidade Federal de Pelotas e pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa sob número de processo 2011/76.

Os pacientes foram informados sobre a importância e os objetivos da pesquisa. Todos preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B) em duas vias.

6.5.1 Riscos

Os riscos acarretados por este estudo podem ser considerados mínimos, pois consistem em possível desconforto ou estresse dos pacientes gerado por perguntas específicas durante a entrevista ou por medo de estigma da doença visto que os questionários foram aplicados por entrevistador.

6.5.2 Benefícios

A aplicação desses questionários constituiu em breve avaliação para identificar necessidade de atendimento psicológico a alguns pacientes, os quais foram encaminhados para serviços de saúde mental de Pelotas e região.

6.6 Cronograma

	2011	2012	2013	2014	2015
Preparação do questionário	X				
Treinamento dos entrevistadores	X				
Amostragem	X	X			
Estudo-piloto	X				
Coleta de dados	X	X			
Processamento dos dados		X	X	X	X
Revisão de literatura		X	X	X	X
Elaboração do projeto					X
Análise dos dados		X	X	X	X
Redação do artigo					X
Defesa da dissertação					X

6.7 Orçamento

Pesquisa realizada com recursos próprios da mestranda, sem financiamento por parte de qualquer entidade.

6.7.1 Previsão de custos

Descrição	Valor (R\$)
Vale-transporte para os entrevistadores	1.920,00
Material de consumo	1.000,00
Total geral	2.920,00
10% de reserva técnica	292,00

7. REFERÊNCIAS

Andrade, L. H. et al. (2012). Mental Disorders in Megacities: Findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. *Plos One*, 7(2), pp 1,11.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (2011). *Critério de Classificação Econômica Brasil*. Recuperado em 14 junho, 2013, de <http://www.abep.org.br>

Barlow, D. H. & DURAND, V. M. *Psicopatologia, uma abordagem integrada*. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

Boing, A. F., Melo, G. R., Boing, A. C., Moretti-Pires, R. O., Peres, K. G. & Peres, M. A. (2012). Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. *Revista de Saúde Pública*.

Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Garcia Jr, C. & Pereira, W. A. B. (1995). Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, 29(5), pp 355-63.

Calvetti, P. U., Giovelli, G. R. M., Gauer, G. J. C. & Moraes, J. F. D. de. (2014). Psychosocial factors associated with adherence to treatment and quality of life in people living with HIV/Aids in Brazil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(1), pp 8,15.

Campos, L.N., Bonolo, P. de F. & Guimarães, M. D. C. (2006). Anxiety and depression assessment prior to initiating antiretroviral treatment in Brazil. *AIDS Care*, 18(6), pp 529,36.

Campos, L. N., Guimarães, M. D. C. & Remien, R. H. (2010). Anxiety and depression symptoms as risk factors for nonadherence to antiretroviral therapy in Brazil. *AIDS Behavior*, 14(2), pp 289,99.

Cardoso, L. R. D. (2014) Sintomas de ansiedade, depressão, nível de estresse, uso de álcool e outras drogas e repertório de habilidades sociais como fatores relacionados ao comportamento sexual de risco em pessoas infectadas pelo HIV em tratamento na cidade de São Paulo. Tese de doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Carmo Filho, A. do, Fakoury, M. K., Eyer-Silva, W. de A., Neves-Motta, R., Kalil, R. S. & Ferry, F. R. de A. (2013) Factors associated with a diagnosis of major depression among HIV-infected elderly patients. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 46(3), pp 352,54.

Castanha, A. R., Coutinho, M. da P. de L., Saldanha, A. A. W. & Ribeiro, C. G. (2006). Repercussões Psicossociais da Depressão no Contexto da Aids. *Psicologia Ciência e Profissão*, 26(1), pp 70,81.

Castro, M. M. C., Quarantini, L., Batista-Neves, S., Kraychete, D. C., Daltro, C., & Miranda-Scippa, A. (2006). Validade da escala hospitalar de ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 56(5), pp 470,477.

Center for Disease Control and Prevention [CDC] (2008). Revised Surveillance Case Definitions for HIV Infection Among Adults, Adolescents, and Children Aged <18 Months and for HIV Infection and AIDS Among Children Aged 18 Months to <13 Years – United States, 2008 - MMWR December 5, 2008/57 (rr-10);1-8. Disponível em <http://www.cdc.gov.br>

Chiasson, M. A., Berenson L., Li W., Schwartz S., Singh T., Forlenza S., Mojica B. A. & Hamburg M. A. (1999). Declining HIV/AIDS Mortality in New York City. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 21, pp 59,64.

Clarke, T. R., Gibson, R. C., Barrow, G., Abel, W. D. & Barton, E. N. (2010) Depression among Persons Attending a HIV/AIDS Outpatient Clinic in Kingston, Jamaica. *West Indian Medical Journal*, 59(4), pp 369,73.

Cruess D. G., Douglas S. D., Pettito J. M., Have T. T., Gettes D., Dubé B., Cary M., Evans, D. L. (2005). Association of resolution of major depression with increased natural killer cell activity among HIV-seropositive women. *American Journal of Psychiatry*, 162(11) pp 2125,30.

Evans, D. L. et al. (1997). Severe life stress as a predictor of early disease progression in HIV infection. *American Journal of Psychiatry*. 154(5), pp 630,4.

Evans, D. L. et al. (2002). Association of depression with viral load, CD8 T lymphocytes, and natural killer cells in women with HIV infection. *American Journal of Psychiatry*, 159, pp 752,59.

Gaviria, A. M., Quiceno, J. M. & Vinaccia S. (2009) Estrategias de Afrontamiento y Ansiedad-Depresión en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida. *Terapia psicológica*, 27(1), pp 5,13.

Henrique, I. F. S., Micheli, D. de, Lacerda, R. B. de, Lacerda, L. A. de, & Formigoni, M. L. F. (2004). Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50(2), pp 199,206.

Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D. G., Newman, T. B. (2008). Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Junqueira, P., Bellucci, S., Rossini, S. & Reimão, R. (2008). Women living with HIV/AIDS. Sleep impairment, anxiety and depression symptoms. *Arquivos de Neuropsiquiatria da Academia Nacional de Neurologia*, 66(4), pp 817,20.

Kamen, C., Arganbright, J., Kienitz, E., Weller, M., Khaylis, A., Shenkman, T., Smith, S., Koopman, C. & Gore-Felton, C. (2015). HIV-Related Stigma: Implications for Symptoms of Anxiety and Depression among Malawian Women. *African Journal of AIDS Research*, 14(1), pp 67,73.

Katon, W. J. (2011). Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(1), pp 7,23.

Kittner, J., Brokamp, F., Thomaidis, T., Schmidt, R. E., Wiltink, J., Galle, P. R. & Jäger, B. (2014). Disclosure and Experienced Social Support are not Related to Anxiety or Depression in a German HIV Patient Cohort. *Journal of Infection and Chemotherapy*, 46(2), pp 77,83.

Leite, L. H. M., Papa, A. & Valentini, R. C. (2011). Insatisfação com imagem corporal e adesão à terapia antirretroviral entre indivíduos com HIV/AIDS. *Revista de Nutrição de Campinas*, 24(6), pp 873,81.

Levi, C. W., Alvarado, R. & Wolff, M. (2010). Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. *Revista Chilena de Infectologia*, 27(1), pp 65,74.

Liu, L., Pang, R., Sun, W., Wu, M., Qu, P., Lu, C., & Wang, L. (2013). Functional social support, psychological capital, and depressive and anxiety symptoms among people living with HIV/AIDS employed full-time. *BioMed Central Psychiatry*, 13(324), pp 1,10.

Lowe, B., Kroenke, K. & Grafe, K. (2005). Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). *Journal of Psychosomatic Research*, 58, pp 163,71.

Malbergier, A. & Schöffel, A. C. (2001). Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(3), pp 160,7.

McGowan, J., Sherr, L., Rodger, A., Fisher, M., Miners, A., Johnson, M., Elford, J., Collins, S., Hart, G., Phillips, A., Speakman, A. & Lampe, F. (2014) Effects of age on symptom burden, mental health and quality of life amongst people with HIV in the UK. *Journal of the International AIDS Society*, 17(3), pp 1,2.

Mello, V. A. & Malbergier, A. (2006). Depression in women infected with HIV. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(1), pp 10,7.

Ministério da Saúde (Brasil). Recomendações Para Terapia Anti-Retroviral Em Adultos Infectados Pelo HIV. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa de DST e AIDS, 2008. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>

Nhamba, L. A., Meléndrez, E. H. & Veá, H. D. B. (2014) Depresión en personas con VIH en dos municipios de Angola. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(4), pp 276,88.

Oliveira, E. L. L. de, Bezerra, B. P., Blois, A. C. N., Machado Filho, D. P. & Sardinha, I. S. C. (2009). Depressão em pacientes com HIV/AIDS.

Passos, S. M. K. & Souza, L. D. M. Uma avaliação da qualidade de vida e seus determinantes nas pessoas vivendo com HIV/AIDS no Sul do Brasil (2015). *Cadernos de Saúde Pública*, 31(4), pp 800,14.

Patterson, K., Young, C., Woods, S. P., Vigil, O., Grant, I. & Atkinson, J. H. (2006) Screening for major depression in persons with HIV infection: the concurrent predictive

validity of the Profile of Mood Estates Depression-Dejection Scale. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15(2), pp 75,82.

Peixoto, E. R. de M., Barros, F. C. R. de & Guimarães, M. D. C. (2014) Factors associated with unprotected sexual practice among men and women with mental illnesses in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(7), pp 1475,86.

Piña López, J. A., Dávila Tapia, M., Sánchez-Sosa, J. J., Togawa, C. & Cázares Robles, O. (2008). Asociación entre los niveles de estrés y depresión y la adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH en Hermosillo, México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23(6), pp 377,83.

Reis, R. K., Haas, V. J., Santos, C. B. dos, Teles, S. A. & Galvão, M. T. (2011). Sintomas de Depressão e Qualidade de Vida de pessoas vivendo com HIV/aids. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(4), [08 telas].

Remor, E. A. (2002). Aspectos psicossociais na era dos novos tratamentos da AIDS. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18(3), pp 283,7.

Sánchez-Fernández, M. D. & Tomateo-Torvisco, D. (2014). Síndromes psiquiátricas en personas infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana: una revisión breve. *Arquivos de Neuropsiquiatria da Academia Nacional de Neurologia*, 77(2), pp 70,7.

Schmitt, J. H. L. & Silva, R. M. da. (2009). Prevalência de Sintomas Depressivos em Pacientes Portadores do HIV/Aids em um Hospital de Referência na Cidade de Florianópolis – SC. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 38(2), pp 90,7.

Silveira, M. P. T., Guttier, M. C., Pinheiro, C. A., Pereira, T. V., Cruzeiro, A. L. & Moreira, L. B. (2012). Depressive symptoms in HIV-infected patients treated with highly active antiretroviral therapy. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(2), pp 162,167.

Stumpf, B. P., Rocha, F. L. & Proietti, A. B. de F. C. (2006). Infecções virais e depressão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(2), pp 132,41.

Tufano, C. S., Amaral, R. A. do, Cardoso, L. R. D. & Malbergier, A. (2015). The influence of depressive symptoms and substance use on adherence to antiretroviral therapy. A cross-sectional prevalence study. *Sao Paulo Medical Journal*, 133(3), pp 179,86.

World Health Organization [WHO] (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.

ARTIGO

**INDICATIVO DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO: PREVALÊNCIA EM
AMOSTRA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA PARA HIV/AIDS NO SUL DO
BRASIL**

**ANXIETY AND DEPRESSION INDICATIVE: PREVALENCE IN A SAMPLE IN
A REFEREE CENTER FOR HIV/AIDS IN SOUTH OF BRAZIL**

Ansiedade e depressão em pacientes HIV/AIDS

Anxiety and depression in patients HIV/AIDS

Sally Knevez da Silva^{1,2}, Susane Müller Klug Passos³, Luciano Dias de Mattos Souza²

¹ 55 53 21288404 Rua Félix da Cunha, 412 – Caixa Postal 402, CEP 96010-000 – Pelotas, RS, Brasil. sallyknevez@hotmail.com

² Programa de Pós-graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

³ Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.

Artigo submetido para a Revista Brasileira de Psiquiatria

Resumo

Objetivo: Investigar a prevalência de indicativo de Transtornos Ansiosos (TA) e Transtorno Depressivo Maior (TDM) em pacientes HIV/AIDS de um centro regional de referência para tratamento de HIV/AIDS no sul do Brasil e verificar os fatores associados a cada um destes. **Métodos:** Estudo transversal com amostra obtida por conveniência, em que os pacientes foram avaliados pela *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* para investigar indicativos de TA e TDM. Foram estudadas, também, características sociodemográficas e clínicas, uso de substâncias psicoativas. Foi realizada Regressão de Poisson na análise multivariada e foi utilizado modelo hierárquico. **Resultados:** Do total da amostra (617), a prevalência de indicativo de TA foi 46.9% e de TDM 34.4%. Todos pacientes tinham idade mínima de 18 anos. Na análise multivariada, as variáveis que mantiveram associação independente com indicativo de TA foram: mulheres, jovens, baixo nível socioeconômico, abuso/dependência de tabaco, hospitalização prévia por problemas relacionados ao HIV e indicativo de TDM. Para indicativo de TDM, as variáveis seguintes mantiveram significância estatística: jovens, baixo nível socioeconômico, desempregados, sem percepção de apoio social e indicativo de TA. **Conclusão:** As prevalências de indicativos de TA e TDM foram altas. Estratégias para identificar possíveis intervenções necessárias e realizar ações preventivas devem ser reforçadas nos serviços de saúde que atendem os pacientes HIV/AIDS.

Palavras-chave: ansiedade, depressão, prevalência, HIV, AIDS

Abstract

Objective: to investigate the prevalence of indicative of Anxious Disorders (AD) and Major Depressive Disorder (MDD) in HIV/AIDS patients of a regional centre for treatment of HIV/AIDS in southern Brazil and check the factors associated with each of these. **Methods:** a cross-sectional study with sample obtained for convenience, in which patients were evaluated by the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) to investigate indicative of TA and TDM. Were studied, too, sociodemographic characteristics and clinical use of psychoactive substances. Poisson Regression was performed on Multivariate analysis and hierarchical model was used. **Results:** of the total sample (617), the prevalence of indicative of TA was 46.9% and 34.4% TDM. All patients had minimum age of 18 years. In multivariate analysis, the variables that remained independent association with indicative of TA were: women, youth, low socioeconomic status, substance abuse/tobacco addiction, prior hospitalization for issues related to HIV and indicative of TDM. For indicative of TDM, the following variables maintained statistical significance: young, low socioeconomic status, unemployed, without perception of social support and indicative of TA. **Conclusion:** The prevalence of indicative of TA and TDM were high. Strategies to identify possible interventions required and perform preventive actions should be strengthened in health services that address the HIV/AIDS.

Keywords: anxiety, depression, prevalence, HIV, AIDS

Introdução

Os Transtornos de Ansiedade (TA) caracterizam-se, de modo geral, por sintomatologia como preocupação excessiva, dificuldade de relaxar, aceleração do fluxo do pensamento, agitação psicomotora, isolamento social e sintomas físicos, como taquicardia. O Transtorno Depressivo Maior (TDM) é caracterizado por episódio único, mas pode ser recorrente (constituído por dois ou mais episódios depressivos separados). Entre os sintomas depressivos, podem-se destacar a diminuição ou falta de energia ou de interesse pelas atividades (incluindo dificuldade para cuidar da própria saúde), o isolamento social e risco de suicídio¹.

Estes transtornos são mais prevalentes entre pacientes com doenças crônicas quando comparados com sujeitos saudáveis, sendo maior o risco de seu desenvolvimento também entre os doentes, conforme estudo de revisão². Em estudo de base populacional, também foi observado pelo autor que pacientes com alguma doença crônica tinham mais risco de desenvolver depressão e que naqueles com duas doenças ou mais este risco era ainda maior³. Neste sentido, a comorbidade com depressão pode piorar o curso da doença crônica, pois interfere na adesão ao tratamento e tem efeitos sobre o organismo do paciente. Além disso, alguns sintomas e prejuízos funcionais acarretados pela doença crônica podem precipitar ou piorar o desenvolvimento do quadro depressivo². Especificamente em relação ao HIV, o desenvolvimento dos tratamentos farmacológicos e o conseqüente aumento na expectativa de vida colaboraram com a mudança de perspectiva da infecção para uma doença crônica⁴.

Existem importantes fatores de associação entre sintomas depressivos e ansiosos em pacientes HIV/AIDS e seus resultados no tratamento⁵. Entre eles, sabe-se que o estresse, relacionado a tal sintomatologia, pode aumentar a suscetibilidade a doenças infecciosas e pode causar dano à função física¹. Além disso, a depressão prejudica o

sistema imunológico, pois interrompe processos biológicos básicos. No caso de pacientes soropositivos, estes aspectos constituem-se em agravantes, visto que o sistema imunológico já está prejudicado pelo próprio quadro clínico¹. No que diz respeito à ansiedade, pacientes com transtornos ansiosos apresentam menor satisfação com a qualidade de vida⁶, sendo que quando há comorbidade do transtorno ansioso com transtorno depressivo, o impacto na qualidade de vida é ainda maior⁷.

As prevalências desses transtornos em pacientes com HIV/AIDS variam de acordo com a literatura internacional e conforme a metodologia utilizada para mensurar os sintomas. A prevalência de ansiedade pode chegar a 64%, em comparação com 19.9% na população geral^{8,9}. Já o episódio depressivo pode apresentar prevalência variante de 12 a 66% nesses pacientes, enquanto na população geral esta taxa aproxima-se de 9.4%^{8,9,10}.

Apesar de tais prevalências serem elevadas, podendo indicar necessidade de atenção clínica, em alguns casos o diagnóstico pode ser prejudicado pelas características da população-alvo escolhida. Afinal, inúmeros estudos investigam sintomas ansiosos e depressivos em populações específicas de pacientes HIV/AIDS, como usuários de drogas injetáveis e homossexuais. A configuração dessas amostras pode reduzir a capacidade de generalização dos resultados, por constituir forma de limitar seus achados. Além disso, são escassos na literatura científica estudos que busquem realizar o diagnóstico diferencial entre os sintomas ansiosos e depressivos dos pacientes HIV/AIDS com os sintomas somáticos ou clínicos decorrentes de estágios da própria infecção^{11,12}. Poucos estudos sobre o tema abordam os fatores associados a presença de TA e TDM na população de pessoas que vivem com HIV/AIDS^{13,14,15}.

Apesar de tais informações descritas na literatura científica, ainda são limitados os dados sobre características de Transtornos de Ansiedade e Transtorno Depressivo

Maior nos pacientes com HIV/AIDS. É necessário o conhecimento sobre estes fatores a fim de facilitar a correta identificação destes diagnósticos. Portanto, o presente trabalho tem como objetivo verificar a prevalência de indicativo de transtorno ansioso e depressivo, bem como seus fatores associados, em indivíduos com HIV/AIDS.

Metodologia

Estudo transversal realizado no período de dezembro de 2011 a julho de 2012. A seleção amostral foi por conveniência no Serviço de Assistência Especializada HIV/AIDS (SAE) da cidade de Pelotas, RS, Brasil, responsável pelos atendimentos da região sul do estado.

Foram incluídos no estudo os pacientes acima de 18 anos que aprovaram a participação, compreenderam e assinaram em duas vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas e os pacientes foram encaminhados para os respectivos serviços de saúde competentes quando detectada necessidade. A amostra foi obtida durante comparecimento ao serviço para consulta de acompanhamento previamente agendada ou para retirada de medicação. Como critérios de elegibilidade da amostra, foram utilizados: compreensão cognitiva dos questionários e possibilidade de permanecer sozinho na sala com o entrevistador.

Este estudo fez parte de uma pesquisa de maior porte com o objetivo de avaliar os fatores associados a qualidade de vida na população HIV/AIDS¹⁶. O tamanho amostral para a presente proposta foi calculado *a posteriori*. O indicativo de ansiedade apresentou poder estatístico maior que 80% para sexo, classe socioeconômica, ter apoio, uso atual de medicação, hospitalização prévia por problemas relacionados ao HIV, abuso/dependência de substâncias, abuso/dependência de tabaco, indicativo de

depressão. O indicativo de depressão apresentou poder estatístico maior que 80% para classe socioeconômica, ter apoio, uso atual de medicação, abuso/dependência de substâncias, indicativo de ansiedade. Para as demais associações o poder estatístico não é adequado (abaixo de 80)¹⁷.

Para avaliar os sintomas ansiosos e depressivos, foi aplicada a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). Esta escala foi validada para o Brasil para pacientes com doenças crônicas que não estejam em internação hospitalar apresentando propriedades psicométricas adequadas. Permite avaliar os sintomas de ansiedade e depressão através de 14 questões com pontuações individuais e independentes em duas subescalas, sem considerar os sintomas psicossomáticos que poderiam se constituir em fatores de confusão no diagnóstico. Cada subescala apresenta ponto de corte 8/9, em que 9 indica sintomatologia clínica para ambos fatores investigados¹⁸.

Todos pacientes responderam a um questionário para investigar dados sociodemográficos sobre sexo, idade, escolaridade (em anos completos de estudo) e informações de acordo com a versão de 2011 da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa.¹⁹ Para análise estatística, as classes econômicas foram agrupadas em A/B, C, D/E.

Foi utilizado também o *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test 2.0* (ASSIST). Este questionário avalia abuso e dependência de 9 classes de substâncias psicoativas, abordando sobre seu uso ao longo da vida e nos últimos 3 meses, com 8 perguntas para cada uma dessas classes. Apresenta adequadas características psicométricas na versão brasileira. As variáveis para análise foram codificadas em dicotômicas (abuso/dependência – sim ou não)²⁰.

Para avaliar o possível uso de medicação para AIDS, foram feitas as seguintes perguntas dicotômicas do tipo sim/não: “Atualmente, tu estás tomando alguma

medicação para HIV?” e “Há quanto tempo, em meses, tu tomas ou tomaste algum tipo de medicação para HIV?”. Os pacientes também foram questionados sobre a percepção de lipodistrofia, embasada em mudanças corporais notáveis após iniciar o uso da medicação.

Dados sobre estágio clínico da infecção, contagem de células CD4 e carga viral foram obtidos consultando-se o prontuário médico dos pacientes, considerando o resultado mais atual dos últimos seis meses. Quanto ao estágio clínico, os pacientes foram categorizados em assintomáticos, sintomáticos e com AIDS²¹. Para CD4 e carga viral, foi utilizado o ponto de corte do Guia Nacional para HIV/AIDS²².

Foi realizada análise exploratória de dados através de frequência simples das variáveis estudadas. A análise bivariada, pelo teste do qui-quadrado, foi realizada no programa SPSS. Foi realizada análise multivariada por Regressão de Poisson no programa STATA, para verificar as associações e excluir possíveis fatores de confusão. Foi utilizado um modelo hierárquico teórico, em que foram incluídas variáveis com $p < 0.200$ na análise bivariada e mantidas como estatisticamente significativas aquelas com $p < 0.050$ nos seus determinados níveis (Figuras 1 e 2).

Resultados

Características da amostra e prevalências

No total, 690 pacientes com sorologia positiva para HIV ou com diagnóstico clínico de AIDS foram convidados a participar. Destes, 625 aceitaram ser entrevistados, contudo, 8 participantes foram excluídos por não preencherem adequadamente parte do instrumento utilizado para este estudo. A maioria dos 617 pacientes entrevistados era do sexo feminino, tinha até 8 anos completos de estudo, tinha comorbidades clínicas, carga viral indetectável e contagem de células CD4 de 350 ou mais.

Verificou-se que a prevalência de indicativo de TA nos pacientes com HIV/AIDS do SAE de Pelotas foi 46.9% enquanto a prevalência de indicativo de TDM foi 34.4 (Tabela 1).

Fatores associados ao indicativo de ansiedade

Na análise bivariada (Tabela 2), as mulheres apresentaram prevalência 17.4% maior de sintomatologia ansiosa quando comparadas com os homens, com diferença estatisticamente significativa. A prevalência de indicativo de TA foi maior e estatisticamente significativa nos pacientes mais jovens (até 46 anos), quanto menor a escolaridade e quanto menor a classe econômica. Houve associação significativa entre presença de sintomatologia ansiosa e comorbidades clínicas, lipodistrofia, ter sido hospitalizado por problemas relacionados ao HIV, abuso ou dependência de tabaco ou álcool, abuso ou dependência de pelo menos uma droga ilícita ($p < 0.050$). Além disso, pacientes que não percebiam receber algum tipo de apoio em relação ao HIV apresentaram sintomas ansiosos em maiores proporções ($p < 0.050$). Houve tendência à significância ($p = 0.055$) para que pacientes com CD4 igual ou menor a 349 apresentassem mais sintomatologia ansiosa. Pacientes com carga viral detectável apresentaram maior prevalência de ansiedade quando comparados com aqueles com carga viral indetectável, mas esta diferença não foi estatisticamente significativa. Não foi verificada significância para a associação entre estar tomando medicação e o tempo de uso de medicação com a sintomatologia ansiosa.

Na análise multivariada para ansiedade, as variáveis escolaridade ($p = 0.878$), ter filhos ($p = 0.677$) e ter trabalho remunerado ($p = 0.219$) não mantiveram significância estatística no primeiro nível hierárquico. As variáveis uso de medicação para HIV ($p = 0.983$), CD4 ($p = 0.886$), ter algum tipo de apoio ($p = 0.867$), lipodistrofia ($p = 0.618$), abuso/dependência de outras substâncias ($p = 0.363$), comorbidades clínicas ($p = 0.293$) e

abuso/dependência de álcool ($p=0.244$) não apresentaram associação significativamente estatística com o desfecho. Assim, as proporções de indicativo de ansiedade foram maiores e estatisticamente significativa: entre as mulheres, que apresentaram prevalência 37% maior do que os homens; aqueles com menor idade; nas classes econômicas menos favorecidas, sendo que pacientes das classes mais altas apresentaram prevalência 47% menor; entre abusadores ou dependentes de tabaco, com prevalência 29% em comparação àqueles que não abusavam desta substância; entre pacientes que já haviam sido hospitalizados por causas relacionadas ao HIV, com prevalência 35% maior do que aqueles sem histórico de hospitalização e com ter com indicativo de depressão, com duas vezes mais proporção do indicativo de ansiedade, conforme descrito na Tabela 3.

Fatores associados ao indicativo de depressão

Em relação à sintomatologia depressiva, apesar de as mulheres apresentaram prevalência 7,4% superior de depressão do que os homens, esta diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0.065$). Houve tendência à significância entre o grupo de pacientes com idade até 46 anos e que tinha filhos para maiores prevalências de sintomatologia depressiva. Esta taxa também foi maior e estatisticamente significativa entre os pacientes com menor escolaridade, das classes econômicas mais baixas, que não estavam trabalhando e que não percebiam apoio quanto à infecção por HIV ($p<0.050$). A diferença entre pacientes com carga viral detectável e indetectável não foi estatisticamente significativa. Pacientes com CD4 igual ou menor a 349, com comorbidades clínicas, com lipodistrofia e que já foram hospitalizados por motivos relacionados ao HIV apresentaram maiores prevalências de sintomatologia depressiva. O tempo de estar tomando medicação para a infecção mostrou tendência à significância estatística ($p=0.052$). O abuso de tabaco e de outras substâncias foi significativamente

associado com a presença de depressão ($p < 0.050$), contudo, o abuso/dependência de álcool não mostrou esta diferença ($p = 0.627$).

Para depressão, as variáveis escolaridade ($p = 0.973$), sexo ($p = 0.743$) e ter filhos ($p = 0.120$) não permaneceram significativamente associadas no primeiro nível hierárquico. As variáveis abuso/dependência de tabaco ($p = 0.933$), abuso/dependência de outras substâncias ($p = 0.869$), tempo de uso de medicação para HIV/AIDS ($p = 0.765$), hospitalização por causas relacionadas ao HIV ($p = 0.765$), lipodistrofia ($p = 0.446$), CD4 ($p = 0.269$) e comorbidades clínicas ($p = 0.061$) foram retiradas do modelo. Mantiveram significância estatística para maiores proporções de indicativo de depressão (Tabela 3): ser mais novo; pertencer a classes econômicas menos favorecidas, sendo que pacientes das classes mais altas apresentaram 64% menos do indicativo; não ter trabalho remunerado, com proporção 30% menor entre os que tinham; não ter algum tipo de apoio, com prevalência 42% menor entre quem tinha e com ter indicativo de ansiedade, sendo quatro vezes maior a prevalência.

Discussão

As prevalências de indicativo de transtornos de ansiedade e depressão são altas e merecem atenção dos profissionais de saúde, conforme os dados observados neste estudo e na literatura científica^{10,12,23,24}, embora apresentem variações. Os diversos instrumentos utilizados para mensurar os sintomas de transtornos psiquiátricos contribuem para tais discrepâncias. Estes nem sempre apresentam adequadas qualidades psicométricas, suficientes para determinarem adequada acurácia para identificação subsindrômica destes quadros diagnósticos. No caso dos pacientes HIV/AIDS, esta avaliação deve ser ainda mais cuidadosa, visto que alguns sintomas podem constituir-se em fatores de confusão ao diagnóstico, por estarem presentes devido ao próprio quadro

clínico (como, por exemplo, o cansaço e a perda de interesse). Acreditamos que a escala utilizada neste estudo seja adequada para aferição de um *screening* preciso de indicativo de ansiedade e depressão. Em pacientes com dor crônica, esta escala apresentou boa sensibilidade para avaliação dos sintomas²⁵. Em outro estudo, com pacientes com comorbidade física, foi compreendida como útil enquanto instrumento de *screening*¹⁸.

Os resultados sugerem que os Transtornos Ansiosos e Depressivos em pacientes HIV/AIDS estão vinculados a fatores de vulnerabilidade social, como idade, baixa classe econômica e não ter trabalho remunerado. Achado similar mostrou que o Transtorno Depressivo Maior esteve associado significativamente ao histórico familiar de transtorno psiquiátrico, prejuízo psicossocial e com a dependência de álcool²⁶. Assim, estratégias de prevenção à saúde mental devem enfatizar pessoas vivendo com HIV/AIDS em maior vulnerabilidade social, especialmente pacientes com menor idade, sem trabalho remunerado e com baixa condição econômica²⁸. Estas características estão relacionadas tanto à depressão quanto à ansiedade, sinalizando possível maior severidade em quadro de comorbidade. Na população geral, os dados são semelhantes, como maiores prevalências quanto menor a idade e em classe econômica menos favorecida²⁸. Assim como na população geral,²⁹ também é comum a comorbidade entre transtornos depressivos e ansiosos. Nos pacientes HIV/AIDS, o TDM esteve significativamente associado ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Transtorno de Ansiedade Generalizada²⁶.

Contudo, cada um dos transtornos em questão também esteve associado a características distintas. Isto sugere que estratégias específicas de *screening* possam ser utilizadas com maior precisão de acordo com o perfil dos pacientes HIV/AIDS. O abuso/dependência de tabaco e uma condição clínica negativa (histórico de hospitalização por causas relacionadas ao HIV/AIDS) devem ser considerados para

casos de ansiedade. Em estudo com pacientes HIV/AIDS que usavam tabaco, a maioria relatou que fumar ajudava a enfrentar sua ansiedade³⁰. Ansiedade e depressão apresentaram correlação negativa com os escores de percepção de controle sobre a saúde¹⁵. Os índices de ansiedade e depressão também foram mais altos entre mulheres sem parceiros diagnosticados com HIV/AIDS, que não estavam tomando medicação antirretroviral, que percebiam efeitos físicos ou psicológicos negativos decorrentes do uso da medicação, que tinham alguma doença, que enfrentaram eventos de vida difíceis nos últimos três meses¹⁵ – o que podem ser consideradas condições clínicas negativas.

No que se refere à associação com depressão, indivíduos que relatam não perceberem apoio em relação aos cuidados com o HIV/AIDS apresentam maior proporção de indicativo deste transtorno. A depressão está negativamente correlacionada com o apoio social, conforme outro estudo, pois os pacientes relataram sentir-se isolados socialmente e ter percepções negativas de seus relacionamentos³¹. Este achado pode estar relacionado ao estigma e a discriminação envolvidos na infecção pelo HIV³¹. Da mesma forma, outro estudo corroborou com este achado, observando que a depressão em pacientes com HIV/AIDS está fortemente relacionada ao estigma social do HIV, a falta de apoio social e, possivelmente como uma consequência destes fatores, à disfuncionalidade no trabalho⁷. Esta relação entre TDM e falta de apoio ocorre, possivelmente, em decorrência dos sintomas depressivos comuns, como baixa auto-estima e auto-eficácia, isolamento social, sentimentos de culpa e punição. Neste sentido, a infecção pelo HIV, com seu estigma, pode potencializar a percepção negativa do paciente sobre si e sua rede de apoio, agravando sintomas depressivos já existentes ou constituindo-se em risco para seu desenvolvimento. Da mesma forma, a associação de indicativo de TDM com não ter trabalho remunerado pode ser, entre outros fatores, relacionada a valorização social do trabalho como sinal de utilidade e eficácia do

sujeito, também já prejudicados comumente em outros pacientes deprimidos, ainda que sem a infecção. Diante disso, a identificação destes pacientes pode ser facilitada com a inclusão de poucas questões específicas sobre humor na rotina de atendimento³².

No entanto, é importante ressaltar as limitações deste estudo. Devido ao delineamento transversal, não foi possível inferir aspectos de causa e efeito nas associações verificadas. Além disso, a amostra por conveniência configura caráter não-probabilístico. Contudo, deve-se destacar o tamanho da amostra e o local em que o estudo ocorreu. O SAE é centro de referência para atendimento de pacientes HIV/AIDS de Pelotas e região, sendo que um estudo de base populacional poderia não abranger significativamente esta população.

Quanto aos desfechos avaliados, a escala utilizada também apresenta limitações. Afinal, é um instrumento validado para resultar em indicativos de ansiedade e depressão. Assim, além dos sintomas apontados pela escala, a prática clínica exige a avaliação destes sintomas de acordo com os critérios diagnósticos correspondentes. Apesar disso, o uso de instrumentos é útil como medida de aferição em saúde mental, visto que permite realizar identificação prévia sobre o processo de adoecimento dos pacientes e identificar quadro subsindrômico, facilitando a atuação profissional. Desta forma, estratégias de prevenção podem ser elaboradas de maneira mais eficaz.

Assim, este trabalho permitiu traçar o perfil dos pacientes HIV/AIDS com indicativo de ansiedade e depressão. Esta informação é relevante para a saúde pública, de modo geral, visto que as prevalências foram elevadas e indicam a importância de atenção clínica. A perspectiva do HIV/AIDS como doença crônica, a partir dos avanços no tratamento da infecção e também para prevenção de agravos⁴, deve ser considerada. Afinal, não é útil apenas considerar como positivo o aumento na expectativa de vida desses pacientes. Viver mais deveria implicar a possibilidade de viver melhor, sempre

buscando a saúde física e psicológica. Portanto, a partir disso, acreditamos que possam ser reforçadas, nos serviços de saúde, estratégias para identificar a possível necessidade de intervenção e realizar ações de prevenção, especialmente na população de pacientes HIV/AIDS em situação de vulnerabilidade social. Quanto à ansiedade, é importante dar atenção de modo especial às mulheres, jovens, das classes econômicas menos favorecidas, que abusam ou são dependentes de tabaco, que já foram hospitalizadas por problemas relacionados ao HIV e que tem indicativo de depressão. Para depressão, por sua vez, tais estratégias devem focar os pacientes mais jovens e também das classes econômicas menos favorecidas, que não tem trabalho remunerado, não percebem ter apoio social em seus relacionamentos e que tem indicativo de ansiedade.

Figura 1 – Modelo hierárquico teórico para indicativo de transtorno de ansiedade

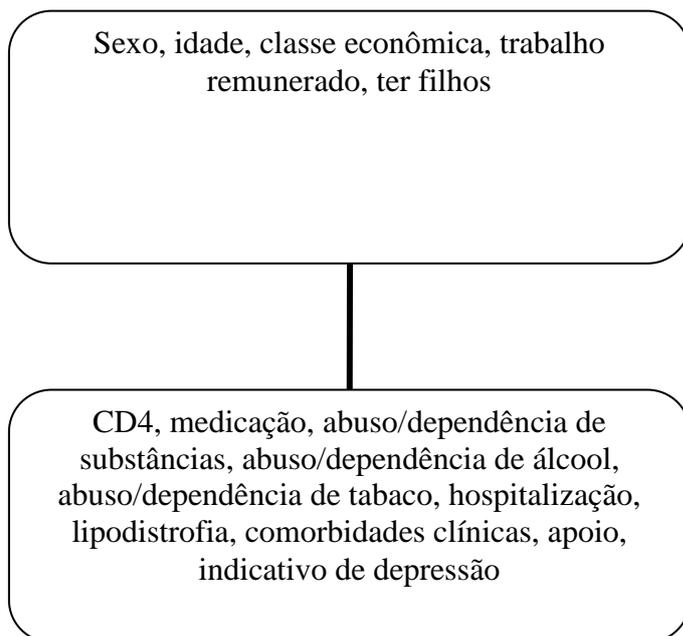


Figura 2 – Modelo hierárquico teórico para indicativo de transtorno de depressão

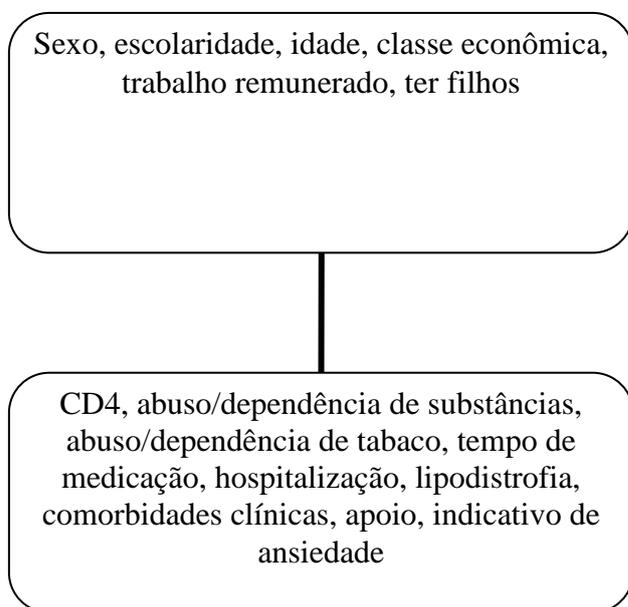


Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas da amostra (n=617)

Variáveis independentes	N	%
Sexo		
Masculino	298	48.3
Feminino	319	51.7
Idade		
Até 35 anos	194	31.4
De 36 a 46 anos	201	32.6
47 anos ou mais	222	36.0
Escolaridade (anos completos)		
Até 8 anos	436	70.8
De 9 a 12 anos	120	19.5
13 anos ou mais	60	9.7
Classe econômica (ABEP)		
Classes D e E	114	18.7
Classes C1 e C2	365	59.8
Classes A e B	131	21.5
Tem filhos		
Não	152	24.6
Sim	465	75.3
Tem algum tipo de apoio		
Não	109	17.6
Sim	507	82.3
Lipodistrofia		
Não	184	30.3
Sim	424	69.7
Comorbidades clínicas		
Não	267	43.8
Sim	343	56.2
Carga viral		
Indetectável	267	62.8
Detectável	158	37.1
CD4		
Até 349	156	36.1
350 ou mais	276	63.8
Atualmente está tomando medicação para HIV		
Não	152	24.6
Sim	464	75.3
Tempo que está tomando medicação (meses)		
Até 12 meses	98	20.1
13 meses ou mais	389	79.8
Já esteve hospitalizado por problemas relacionados ao HIV		
Não	436	70.7
Sim	180	29.2
Abuso/dependência de outras substâncias		
Não	498	84.5
Sim	91	15.4
Abuso/dependência de tabaco		
Não	320	54.3
Sim	278	45.7
Abuso/dependência de álcool		
Não	402	67.2
Sim	196	32.7
Indicativo de ansiedade		
Não	327	53.0
Sim	290	47.0
Indicativo de depressão		
Não	405	65.6
Sim	212	34.4

Tabela 2 – Comparação de proporção dos indicativos de Ansiedade e Depressão com as variáveis independentes

Variáveis independentes	Ansiedade n (%)	p-valor	Depressão n (%)	p-valor
Sexo		0.000		0.065
Masculino	113 (37.9)		91 (30.5)	
Feminino	177 (55.5)		121 (37.9)	
Idade		0.002		0.054
Até 35 anos	102 (52.6)		70 (36.1)	
36 a 46 anos	105 (52.2)		81 (40.3)	
47 anos ou mais	83 (37.4)		61 (27.5)	
Escolaridade (anos completos)		0.010		0.002
Até 8 anos	218 (50.0)		165 (37.8)	
9 a 12 anos	52 (43.3)		35 (29.2)	
13 anos ou mais	20 (33.3)		12 (20.0)	
Classe econômica (ABEP)		0.000		0.000
Classes D e E	73 (64.0)		59 (51.8)	
Classes C	170 (46.6)		126 (34.5)	
Classes A e B	44 (33.6)		23 (17.6)	
Trabalho remunerado		0.010		0.000
Não	196 (51.2)		153 (39.9)	
Sim	94 (40.2)		59 (25.2)	
Tem filhos		0.194		0.056
Não	64 (42.1)		42 (27.6)	
Sim	226 (48.6)		170 (36.6)	
Tem algum tipo de apoio		0.000		0.000
Não	74 (25.5)		73 (67.0)	
Sim	216 (74.4)		139 (27.4)	
Lipodistrofia		0.000		0.000
Não	63 (34.2)		40 (21.7)	
Sim	222 (52.4)		166 (39.2)	
Comorbidades		0.005		0.000
Não	108 (40.4)		70 (26.2)	
Sim	179 (52.2)		140 (40.8)	
Carga viral		0.236		0.416
Indetectável	118 (44.2)		88 (33.0)	
Detectável	80 (50.6)		59 (37.3)	
CD4		0.055		0.009
Até 349	83 (53.2)		67 (42.9)	
350 ou mais	119 (43.1)		83 (30.1)	
Atualmente está tomando medicação para HIV		0.150		0.331
Não	79 (27.3)		57 (27.0)	
Sim	210 (72.6)		154 (72.9)	
Tempo que está tomando medicação (meses)		0.211		0.056
Até 12 meses	51 (52.0)		41 (41.8)	
13 meses ou mais	175 (44.9)		123 (31.6)	
Já esteve hospitalizado por problemas relacionados ao HIV		0.000		0.031
Não	180 (62.2)		138 (31.7)	
Sim	109 (37.7)		74 (41.1)	
Abuso/dependência de outras substâncias		0.000		0.000
Não	213 (78.3)		156 (77.2)	
Sim	59 (21.6)		46 (22.7)	
Abuso/dependência de tabaco		0.000		0.000
Não	123 (37.3)		93 (28.2)	
Sim	164 (59.0)		117 (42.1)	
Abuso/dependência de álcool		0.010		0.627
Não	173 (43.0)		136 (33.8)	
Sim	107 (54.6)		71 (36.2)	
Indicativo de ansiedade				0.000
Não			34 (16.0)	
Sim			178 (83.9)	
Indicativo de depressão		0.000		
Não	112 (38.6)			
Sim	178 (61.3)			

Tabela 3 – Regressão de Poisson para os desfechos Indicativo de Ansiedade e Indicativo de Depressão

Variáveis independentes	Ansiedade			Depressão		
	RR	IC (95%)	p-valor	RR	IC (95%)	p-valor
Primeiro nível						
Sexo			0.012			0.743
Masculino	Referência			Referência		
Feminino	1.37	1.07-1.74		1.04	0.78-1.40	
Idade			0.026			0.049
Até 35 anos	Referência			Referência		
De 36 a 46 anos	0.94	0.71-1.24		1.07	0.77-1.48	
47 anos ou mais	0.68	0.51-0.91		0.71	0.50-1.01	
Escolaridade (anos completos de estudo)			0.878			0.973
Até 8 anos	Referência			Referência		
De 9 a 12 anos	0.98	0.71-1.36		1.03	0.69-1.52	
13 anos ou mais	0.87	0.52-1.46		0.95	0.50-1.82	
Classe econômica (ABEP)			0.004			0.000
Classes D e E	Referência			Referência		
Classes C	0.72	0.54-0.94		0.67	0.49-0.92	
Classes A e B	0.53	0.36-0.78		0.36	0.22-0.59	
Ter trabalho remunerado			0.219			0.027
Não	Referência			Referência		
Sim	0.85	0.66-1.09		0.70	0.51-0.96	
Ter filhos			0.677			0.120
Não	Referência			Referência		
Sim	1.06	0.78-1.44		1.32	0.92-1.88	
Segundo nível						
Ter algum tipo de apoio			0.867			0.000
Não	Referência			Referência		
Sim	0.97	0.72-1.31		0.58	0.43-0.78	
Lipodistrofia			0.618			0.446
Não	Referência			Referência		
Sim	1.08	0.79-1.46		1.17	0.77-1.78	
Comorbidades clínicas			0.293			0.061
Não	Referência			Referência		
Sim	1.15	0.88-1.49		1.34	0.98-1.82	
CD4			0.886			0.269
Até 349	Referência			Referência		
350 ou mais	1.02	0.74-1.41		0.82	0.59-1.15	
Uso atual de medicação para HIV			0.983			
Não	Referência					
Sim	1.00	0.69-1.46				
Tempo de medicação						0.765
Até 12 meses				Referência		
13 meses ou mais				0.93	0.57-1.49	
Hospitalização por causa relacionada ao HIV			0.015			0.765
Não	Referência			Referência		
Sim	1.35	1.06-1.72		0.94	0.65-1.35	
Abuso/dependência de álcool			0.244			
Não	Referência					
Sim	1.16	0.90-1.50				
Abuso/dependência de tabaco			0.037			0.933
Não	Referência			Referência		
Sim	1.29	1.01-1.65		0.98	0.64-1.49	
Abuso/dependência de outras substâncias			0.363			0.869
Não	Referência			Referência		
Sim	1.16	0.83-1.63		1.04	0.62-1.76	
Indicativo de ansiedade						0.000
Não				Referência	3.37-7.23	
Sim				4.94		
Indicativo de depressão			0.000			
Não	Referência	2.09-3.45				
Sim	2.68					

REFERÊNCIAS

1. Barlow DH & Durand VM. Psicopatologia, uma abordagem integrada. São Paulo: Cengage Learning; 2008.
2. Katon WJ. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2011;13(1):7-23.
3. Boing AF, Melo GR, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Peres MA. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. *Revista de Saúde Pública* 2012;46(4):617-23.
4. Chiasson MA et al. Declining HIV/AIDS Mortality in New York City. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*. 1999;21:59-64.
5. Obadeji A, Ogunlesi AO, Adebowale TO. Prevalence and Predictors of Depression in People living with HIV/AIDS Attending an Outpatient Clinic in Nigeria. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2014;8(1):26-31.
6. Barrera TL, Norton PJ. Quality of life impairment in Generalized Anxiety Disorder, Social Phobia, and Panic Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2009;23(8):1086-90.
7. Norberg MM, Diefenbach GJ, Tolin, DF. Quality of life and anxiety and depressive disorder comorbidity. *Journal of Anxiety Disorders*. 2008;22:1516-22.
8. Castanha AR, Coutinho MPL, Saldanha AAW, Ribeiro CG. Repercussões Psicossociais da Depressão no Contexto da Aids. *Psicologia Ciência e Profissão*. 2006;26(1):70-81.
9. Andrade LH et al. Mental Disorders in Megacities: findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. *PLoS ONE*. 2012;7(2):1-11.
10. Silveira MPT, Guttier MC, Pinheiro CA, Pereira TV, Cruzeiro AL, Moreira LB. Depressive symptoms in HIV-infected patients treated with highly active antiretroviral therapy. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2012;34(2):162-7.
11. Malbergier A, Schöffel AC. Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2001;23(3):160-7.
12. Stumpf BP, Rocha FL, Proietti ABFC. Infecções virais e depressão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2006;55(2):132-41.
13. Campos LN, Bonolo PF, Guimarães MDC. Anxiety and depression assessment prior to initiating antiretroviral treatment in Brazil. *AIDS Care*. 2006;18(6):529-36.
14. Remor EA. Aspectos psicossociais na era dos novos tratamentos da AIDS. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2002;18(3):283-7.
15. Arrivillaga M, Correa D, Varela M, Holguín L, Tovar J. Variables psicológicas en mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA: un estudio correlacional. *Univ. Psychol. Bogotá (Colombia)*. 2006;5(3):659-67.
16. Passos SMK, Souza LDM. Uma avaliação da qualidade de vida e seus determinantes nas pessoas vivendo com HIV/AIDS no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2015; 31(4):800-14.
17. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.
18. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HADS) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*. 1995;29(5):355-63
19. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (2011). *Critério de Classificação Econômica Brasil*. Recuperado em 14 junho, 2013, de <http://www.abep.org.br>
20. Henrique IFS, Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni MLF. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2004;50(2):199-206.

21. Center for Disease Control and Prevention [CDC] (2008). Revised Surveillance Case Definitions for HIV Infection Among Adults, Adolescents, and Children Aged <18 Months and for HIV Infection and AIDS Among Children Aged 18 Months to <13 Years – United States, 2008 - MMWR December 5, 2008/57 (rr-10);1-8. Disponível em <http://www.cdc.gov.br>
22. Ministério da Saude (Brasil). Recomendacoes Para Terapia Anti-Retroviral Em Adultos Infectados Pelo HIV. Brasilia: Secretaria de Vigilancia em Saude, Programa de DST e AIDS, 2008. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>
23. Junqueira P, Bellucci S, Rossini S, Reimão R. Women living with HIV/AIDS. Sleep impairment, anxiety and depression symptoms. *Arquivos de Neuropsiquiatria da Academia Nacional de Neuorologia*. 2008;66(4):817-20.
24. Campos LN, Guimarães MDC, Remien RH. Anxiety and depression symptoms as risk factors for nonadherence to antiretroviral therapy in Brazil. *AIDS Behavior*. 2010;14(2):289-99.
25. Castro MMC, Batista-Neves S, Kraychete DC, Daltro C, Miranda-Scippa A. Validade da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão em pacientes com dor crônica. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 2006;56(5):470-77.
26. Kinyanda E, Hoskins S, Nakku J, Nawaz S, Patel V. Prevalence and risk factors of major depressive disorder in HIV/AIDS as seen in semi-urban Entebbe district, Uganda. *BioMed Central Psychiatry*. 2011;11(205):1-9.
27. Song JY, Lee JS, Seo YB, Kim IS, Noh JY, Baek JH, Cheong HJ, Kim WJ. Depression among HIV-infected patients in Korea: assessment of clinical significance and risk factors. *Infection & Chemotherapy*. 2013;45(2):211-16.
28. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health*. 2013;34:119-38.
29. Molina MRAL, Spessato B, Jansen K, Pinheiro R, Silva R, Souza LDM. Prevalence of comorbidities between mood and anxiety disorders: associated factors in a population sample of young adults in southern Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2014;30(11):2413-22.
30. Shuter J, Bernstein SL, Moadel AB. Cigarette Smoking Behaviors and Beliefs in Persons Living With HIV/AIDS. *American Journal of Health Behavior*. 2012;36(1):75-85.
31. Asante KO. Social support and the psychological wellbeing of people living with HIV/AIDS in Ghana. *African Journal of Psychiatry*. 2012;15:340-45.
32. Lowe B, Kroenke K, Grafe K. Detecting and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). *Journal of Psychosomatic Research*. 2005;58:163-71.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a elaboração deste Projeto de pesquisa de Mestrado, não foram realizadas modificações quanto aos objetivos e métodos, pois a coleta de dados já havia sido realizada a partir de outro estudo prévio. O artigo principal desenvolvido abordou como foco o tema do Projeto, possibilitando que os objetivos do estudo fossem alcançados.

Quanto a Dissertação, composta pelo Projeto de pesquisa e pelo Artigo desenvolvido, é encerrada trazendo conhecimentos de relevância para a saúde pública dos pacientes HIV/AIDS, de modo geral. A partir do pressuposto de que toda pesquisa científica deve ter como objetivo final devolver para a sociedade as informações obtidas a nível de que possam ser compreendidas, o conteúdo desta Dissertação pode ser utilizado visando melhorias nos serviços públicos de atendimento a esta população. Afinal, identificou-se na literatura científica prejuízos durante a realização dos diagnósticos de Transtornos de Ansiedade e Transtorno Depressivo Maior. Além disso, na análise de dados, verificou-se elevadas prevalências de indicativos destes transtornos, o que deve ser motivo de atenção das equipes de saúde.

Apesar de mudanças no sistema de atendimento em saúde requererem planejamento específico para sua implementação, esta pesquisa possibilitou compreensão relativamente ampla dos fatores associados a estes transtornos nos pacientes HIV/AIDS. Salienta-se a relevância de atitudes cotidianas que possam facilitar a identificação de possíveis diagnósticos, a fins de agir preventivamente e investir em tratamentos, quando for o caso. Sugere-se que sejam acrescentadas ao roteiro das consultas médicas de rotina duas questões eficazes para avaliação do humor do paciente. Deste modo, cada paciente poderá sentir-se ainda mais acolhido, não apenas pelo trabalho humanizado dos médicos, mas pela importância demonstrada também aos aspectos emocionais além daqueles biológicos.

Além disso, tendo-se em vista que o atendimento psicológico nos Serviços de Atendimento Especializado ou centros de referência geralmente acontece em grupos, tais perguntas também poderiam ser, talvez, utilizadas neste momento. Se possível, é eficaz instrumentalizar os psicológicos e demais profissionais de saúde para que sejam capazes de identificar, ainda que durante reuniões de grupos de apoio ou atendimentos em grupo, aqueles indivíduos mais suscetíveis ao risco de desenvolver transtornos psicológicos. Isto facilitaria a identificação de quadros subsindrômicos para prevenir

seu avanço, bem como a realização de diagnóstico de modo mais prático em termos de tempo despendido por atendimento.

ANEXOS

ANEXO A – Resumo da revisão de literatura

Primeiro autor	País/ano	Transtorno	Prevalência	Escala
Calvetti	Brasil/2014	Ansioso	24.8%	BAI
Campos	Brasil/2006	Ansioso	35.8%	HADS
Campos	Brasil/2006	Depressivo	21.8%	HADS
Campos	Brasil/2010	Ansioso	51.5%	HADS
Cardoso	Brasil/2004	Ansioso	43.9%	BAI
Cardoso	Brasil/2004	Depressivo	46.2%	BDI
Carmo Filho	Brasil/2013	Depressivo	27.7%	GDS-15
Castanha	Brasil/2006	Depressivo	64%	BDI
Clarke	Jamaica/2010	Depressivo	43%	BDI
Gaviria	Colômbia/2009	Ansioso	-	SAS
Gaviria	Colômbia/2009	Depressivo	-	SDS
Junqueira	Brasil/2008	Ansioso	53.3%	BAI
Junqueira	Brasil/2008	Depressivo	40%	BDI
Kamen	Malavi/2015	Ansioso	53%	Sofrimento emocional
Kittner	Alemanha/2014	Ansioso	40% (h) 73% (m)	HADS
Kittner	Alemanha/2014	Depressivo	30% (h) 47% (m)	HADS
Leite	Brasil/2011	Depressivo	-	Queixas auto-relatadas de angústia e sentimento de depressão
McGowan	Inglaterra/2014	Ansioso	-	Domínio de QV
McGowan	Inglaterra/2014	Depressivo	-	Domínio de QV
Mello	Brasil/2006	Depressivo	25.8%	BDI, Nonsomatic Hamilton, SCID
Nhamba	Angola/2014	Depressivo	33%	BDI
Oliveira	Brasil/2009	Depressivo	31.3%	HADS e MINI Plus
Peixoto	Brasil/2014	Ansioso	41.8%	Quest. baseado na CID
Piña López	México/2008	Depressivo	-	-
Reis	Brasil/2011	Depressivo	25.8%	BDI
Remor	Espanha/2002	Ansioso	-	HADS
Remor	Espanha/2012	Depressivo	-	HADS
Silveira	Brasil/2012	Depressivo	32%	BDI
Schmitt	Brasil/2009	Depressivo	40.7%	BDI

ANEXO B – Carta de aprovação pelo Comitê de Ética



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UCPel

RESULTADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas analisou o projeto:

Número: 2011/76

Título do projeto: *Avaliação da qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/AIDS no sul do Brasil.*

Investigador(a) principal: Susane Müller Klug Passos

Em reunião realizada em 15 de março, ata 001/2012, foi aprovado o adendo datado de 05/03/2012, anexado ao projeto, nas páginas 63 e 64, do projeto arquivado neste comitê.

Pelotas, 19 de março de 2012

Prof. Vilson José Leffa
Vice-coordenador do CEP

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade Católica de Pelotas
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos realizando uma pesquisa sobre a qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS. Para isso é muito importante a sua participação.

Para participar da pesquisa você terá que responder a um questionário sobre alguns dados de sua vida pessoal, seu tratamento e como você está se sentindo nas últimas semanas. Além disso, a pesquisadora responsável pelo estudo Dra. Susane Muller Klug Passos, irá revisar seu prontuário médico a fim de coletar dados sobre valores de CD4, carga viral e medicamentos que tu estejas usando. Todos estes dados serão confidenciais e somente serão utilizados, sem qualquer maneira de identifica-lo, na produção científica deste estudo. Toda equipe tem compromisso com a ética e sua identidade permanecerá em sigilo.

É importante ressaltar que esta pesquisa não apresenta dano algum a sua saúde. Através dela, poderemos conhecer melhor nossos pacientes e, deste modo, proporcionar um atendimento de melhor qualidade.

Você é livre para abandonar o trabalho a qualquer momento de seu desenvolvimento ou para se recusar a participar, sem que, por isso, venha a sofrer qualquer forma de prejuízo no serviço oferecido pelo SAE.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a coordenadora do projeto através do telefone (53) 8115 1009.

Declaração do ciente:

Eu,.....
declaro que, após tomar conhecimento destas informações, aceito participar da presente pesquisa. Declaro também ter recebido uma cópia deste consentimento e que uma cópia assinada por mim será mantida pela equipe da pesquisa.

Declaração de responsabilidade do investigador:

Eu,.....
declaro ter explicado sobre a natureza deste estudo, assim como me colocar a disposição dos clientes para esclarecer suas dúvidas. A ciente compreendeu a explicação, e deu seu consentimento.

ANEXO D – Questionário

N° do prontuário:

Nome do entrevistador: _____

Data: ___ / ___ / ___ dt ___/___/___

Questionário número ___ (não preencher) Quest ___

1. Qual é o teu sexo? (1) masculino (2) feminino Sexo _

2. Qual é a tua cor? (1) branco (2) não branco Cor _

3. Com quantos anos completos tu estás? ___ anos Idade ___

4. Quantos anos tu estudaste (anos completos de estudo)? ___ anos Escol ___

5. Tens algum trabalho remunerado atualmente? (0) não (1) sim Trab ___

6. Qual o grau de instrução (até que série foi aprovado na escola) do chefe da sua família (quem sustenta a família)? ___ série Gchef _

7. Tu possuis alguns destes itens na sua casa? Quantos?

	0	1	2	3	4 ou mais	
Televisão em cores						tv _
Rádio						Radio _
Banheiro						Banh _
Automóvel						Autom _
Empregada mensalista						Empm _
Máquina de lavar						Maqlav _
Vídeo cassete e/ou DVD						Vdvd _
Geladeira						Gelad _
Freezer parte da geladeira duplex ou independente						Freez _

8. Tu tens um relacionamento estável (duração de um ano ou mais)? (0) não (1) sim Resest _

9. Tu já tiveste relação sexual com:

Só com homens (0) não (1) sim Relh _

Só com mulheres (0) não (1) sim Relm _

Com ambos (0) não (1) sim Rela _

10. Tu tens filhos? (0) não (1) sim Tfilh _

11. Em relação à infecção pelo HIV, tu sentes que tens algum tipo de apoio? (0) não (1) sim Apoio _

12. De que modo tu acha que contraiu o vírus HIV? Contrvi _

(1) por relação sexual

(2) uso de drogas

(3) transfusão de sangue

- (4) contato com sangue ou outro material biológico
 (5) transmitido pela mãe durante a gravidez
 (6) não tem ideia

13. Há quanto tempo, em meses, tu sabes que é portador de HIV? _ _ _ meses Tempor _

14. Alguma vez na vida tu tomaste alguma medicação para HIV? Alhiv _
 (0) não (pular para 19) (1) sim

15. Atualmente, tu estás tomando alguma medicação para HIV? (0) não (1) sim Medhiv _

16. Este é ou foi o primeiro esquema de tratamento que tu usas ou usastes? Primesq _
 (0) não (1) sim

17. Há quanto tempo, em meses, tu tomas ou tomastes algum tipo de medicação para HIV? Temprem _ _ _ _
 _ _ _ meses

18. Depois que começaste a tomar a medicação, tu notou alguma modificação em:

Face?	(0) não	(1) ficou mais fino	(2) ficou mais inchado	Face _
Nuca?	(0) não	(1) ficou mais fino	(2) ficou mais inchado	Nuca _
Peito/mamas?	(0) não	(1) ficou mais fino	(2) ficou mais inchado	Petmam _
Abdome?	(0) não	(1) ficou mais fino	(2) ficou mais inchado	Abdom _
Braços?	(0) não	(1) ficou mais fino	(2) ficou mais inchado	Braç _
Nádegas?	(0) não	(1) ficou mais fino	(2) ficou mais inchado	Nadeg _
Pernas?	(0) não	(1) ficou mais fino	(2) ficou mais inchado	Pern _

19. Tu já estiveste hospitalizado alguma vez por problemas relacionados com o HIV? Hospshiv _
 (0) não (1) sim

20. Tu tens algum destas outras doenças?

Diabetes	(0) não	(1) sim	Diabet _
Hipertensão	(0) não	(1) sim	Hiprten _
Cardiopatia	(0) não	(1) sim	Cardio _
Dislipidemia	(0) não	(1) sim	Dislip _
Tuberculose	(0) não	(1) sim	Tuberc _
Hepatite	(0) não	(1) sim	Hepat _
Doença renal crônica	(0) não	(1) sim	Drenc _
Doença pulmonar crônica	(0) não	(1) sim	Dpulc _
Câncer	(0) não	(1) sim	Canc _

21. Tu tens religião? (0) não (1) sim Trel _

22. Com que frequência tu vais à missa, culto ou sessão na tua religião? Freqrel _

- (0) todos os dias
 (1) mais de uma vez por semana
 (2) uma vez por semana
 (3) uma vez por mês
 (4) menos de uma vez por mês
 (5) nunca vou

23. Com que frequência tu rezas?

Freqrez _

(0) todos os dias

(1) mais de uma vez por semana

(2) uma vez por semana

(3) uma vez por mês

(4) menos de uma vez por mês

(5) nunca rezo

Agora vamos falar sobre o uso de algumas substâncias.

24. Na tua vida, qual (is) dessas substâncias tu já usou? (SOMENTE USO NÃO-MÉDICO) (0) Não (pular para 36) (1) Sim

a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	Vtab_
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...)	0	1	Valc_
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	Vmac_
d. Cocaína (pó, branquinha, nuvem...)	0	1	Vcoc_
d.1 crack (pedra)	0	1	Vcra_
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	Vest_
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	Vina_
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, diênax, rohypnol).	0	1	Vhip_
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)	0	1	Valuc_
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	Vopi_
j. Outras, Especificar: _____	0	1	Vout_

25. Durante os últimos três meses, com que frequência tu utilizou essa (s) substância (s) que mencionou?

	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente e ou quase todo dia	
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)	0	1	2	3	4	Tmtab_
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermutes...)	0	1	2	3	4	Tmalc_
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)	0	1	2	3	4	Tmmac_
d. Cocaína (pó, branquinha, nuvem...)	0	1	2	3	4	Tmcoc_
d.1 crack (pedra)	0	1	2	3	4	Tmcra_
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4	Tmest_
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)	0	1	2	3	4	Tmina_
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, diempax, rohypnol).	0	1	2	3	4	Tmhip_
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-delírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4	Tmaluc_
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4	Tmopi_
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4	Tmout_

26. Durante os últimos três meses, com que frequência tiveste um forte desejo ou urgência em consumir a (s) substância (s)?

	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia	
a. Derivados do tabaco	0	1	2	3	4	Dtab_
b. Bebidas alcoólicas	0	1	2	3	4	Dalc_
c. Maconha	0	1	2	3	4	Dmac
d. Cocaína	0	1	2	3	4	Dcoc_
d.1 crack	0	1	2	3	4	Dcra_
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy	0	1	2	3	4	Dest_
f. Inalantes	0	1	2	3	4	Dina_
g. Hipnóticos/sedativos	0	1	2	3	4	Dhip_
h. Drogas alucinógenas	0	1	2	3	4	Daluc_
i. Opióides	0	1	2	3	4	Dopi_
j. Outras,	0	1	2	3	4	Dout_
Especificar:_____						

27. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo da substância (s) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?

	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia	
a. Derivados do tabaco	0	1	2	3	4	Ptab_
b. Bebidas alcoólicas	0	1	2	3	4	Palc_
c. Maconha	0	1	2	3	4	Pmac_
d. Cocaína	0	1	2	3	4	Pcoc_
d.1 crack (pedra)	0	1	2	3	4	Pcra_
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy	0	1	2	3	4	Pest_
f. Inalantes	0	1	2	3	4	Pina_
g. Hipnóticos/sedativos	0	1	2	3	4	Phip_
h. Drogas alucinógenas	0	1	2	3	4	Paluc_
i. Opióides	0	1	2	3	4	Popi_
j. Outras,	0	1	2	3	4	Pout_
Especificar:_____						

28. Durante os últimos três meses, com que frequência por causa do teu uso da substância (s) tu deixas de fazer coisas que eram normalmente esperadas por ti?

	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalment e	Semanalment e	Diariamente ou quase todo dia	
a. Derivados do tabaco	0	1	2	3	4	Nftab_
b. Bebidas alcoólicas	0	1	2	3	4	Nfalc_
c. Maconha	0	1	2	3	4	Nfmac_
d. Cocaína	0	1	2	3	4	Nfcoc_
d.1 crack (pedra)	0	1	2	3	4	Nfcra_
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy	0	1	2	3	4	Nfest_
f. Inalantes	0	1	2	3	4	Nfina_
g. Hipnóticos/sedativos	0	1	2	3	4	Nfhip_
h. Drogas alucinógenas	0	1	2	3	4	Nfaluc_
i. Opióides	0	1	2	3	4	Nfopi_
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	3	4	Nfout_

29. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com teu uso da substância (s)?

	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses	
a. Derivados do tabaco	0	1	2	Pretab_
b. Bebidas alcoólicas	0	1	2	Prealc_
c. Maconha	0	1	2	Premac_
d. Cocaína	0	1	2	Precoc_
d.1 crack (pedra)	0	1	2	Precra_
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy	0	1	2	Preest_
f. Inalantes	0	1	2	Preina_
g. Hipnóticos/sedativos	0	1	2	Prehip_
h. Drogas alucinógenas	0	1	2	Prealuc_
i. Opióides	0	1	2	Preopi_
j. Outras, Especificar: _____	0	1	2	Preout_

30. Alguma vez tu já tentaste controlar, diminuir ou parar o uso da substância(s)?

	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses	
a. Derivados do tabaco	0	1	2	Contab_
b. Bebidas alcoólicas	0	1	2	Conalc_
c. Maconha	0	1	2	Conmac_
d. Cocaína	0	1	2	Concoc_
d.1 crack (pedra)	0	1	2	Concra_
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy	0	1	2	Conest_
f. Inalantes	0	1	2	Conina_
g. Hipnóticos/sedativos	0	1	2	Conhip_
h. Drogas alucinógenas	0	1	2	Conaluc_
i. Opióides	0	1	2	Conopi_
j. Outras, Especificar:_____	0	1	2	Conout_

31. Alguma vez tu já usaste substância(s) por injeção? (Apenas uso não-médico)

	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses	
	0	1	2	Inje_

32. Contagem de células CD4 mais recente (máximo há 6 meses): ___ __, ___ __ cél./mm³ Cd4 ___ __
(ver prontuário) - - - -

33. Carga viral mais recente (máximo há seis meses): ___ __ ___ __ ___ __ cópias/ml (ver prontuário) Cvrial ___ __
- - - - -
-

34. Estágio clínico da infecção pelo HIV: (ver prontuário) Estclin ___
-

(1) assintomático

(2) sintomático

(3) AIDS

35. Medicação antirretroviral atual: (ver prontuário)

Zidovudina (AZT)	(0) não	(1) sim	Zido _
Lamivudina (3TC, Epivir)	(0) não	(1) sim	Lami _
Zidovudina+Lamivudina (Biovir)	(0) não	(1) sim	ZideLam _
Estavudina (d4T, Zeritavir)	(0) não	(1) sim	Estav _
Didanosina (DDI, Videx)	(0) não	(1) sim	Didan _
Tenofovir (TDF)	(0) não	(1) sim	Tenof _
Abacavir (Ziagenavir)	(0) não	(1) sim	Abac _
Zalcitabina (ddC, Hivid)	(0) não	(1) sim	Zalcit _
Efavirenz (Stocrin)	(0) não	(1) sim	Efav _
Nevirapina (Viramune)	(0) não	(1) sim	Nevir _
Delavirdina (Rescriptor)	(0) não	(1) sim	Delav _
Lopinavir/Ritonavir (Kaletra)	(0) não	(1) sim	Loprit _
Atazanavir (Reyataz)	(0) não	(1) sim	Ataza _
Amprenavir (Agenerase)	(0) não	(1) sim	Ampren _
Darunavir (Prezista)	(0) não	(1) sim	Darun _
Nelfinavir (Viracept)	(0) não	(1) sim	Nelfin _
Fosamprenavir (Telzir)	(0) não	(1) sim	Fosam _
Indinavir (Crixivan)	(0) não	(1) sim	Indina _
Ritonavir (Norvir)	(0) não	(1) sim	Ritonav _
Saquinavir (Invirase)	(0) não	(1) sim	Saquin _
Enfuvirtida (Fuzeon)	(0) não	(1) sim	Enfuvi _
Raltegravir (Isentress)	(0) não	(1) sim	Ralteg _

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem clareza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

		nad	muito	mais	bastant	extremamen	
		a	pouco	ou	e	te	

				menos			
11 (F5.3)	36. O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5	Whb1 _
<p>Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você conseguiu se concentrar nas últimas duas semanas. Portanto, responda o número 4 se você conseguiu se concentrar bastante. Responda o número 1 se você não conseguiu se concentrar nada nas últimas duas semanas. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e responda o número que lhe parece a melhor resposta.</p>							
		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa	
1(G1)	37. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5	Whb2 _
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito	
2(G4)	38. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5	Whb3 _
<p>As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas semanas.</p>							
		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente	
3 (F1.4)	39. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5	Whb4 _
4 (F50.1)	40. O quanto você fica incomodado por ter (ou ter tido) algum problema físico desagradável relacionado à sua infecção por HIV ?	1	2	3	4	5	Whb5 _
5 (F11.3)	41. Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5	Whb6 _

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente	
6 (F4.1)	42. O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5	Whb7 –
7 (F24.2)	43. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5	Whb8 –
8 (F52.2)	44. Você se incomoda com o fato das pessoas lhe responsabilizarem pela sua condição de HIV?	1	2	3	4	5	Whb9 –
9 (F53.4)	45. O quanto você tem medo do futuro?	1	2	3	4	5	Whb10 –
10 (F54.1)	46. O quanto você se preocupa com a morte?	1	2	3	4	5	Whb11 –
		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente	
11 (F5.3)	47. O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5	Whb12 –
12 (F16.1)	48. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5	Whb13 –
13 (F22.1)	49. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5	Whb14 –
As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.							
		nada	muito pouco	médio	muito	completamente	

14 (F2.1)	50. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	Whb15 –
15 (F7.1)	51. Você é capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5	Whb16 –
16 (F18.1)	52. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5	Whb17 –
17 (F51.1)	53. Em que medida você se sente aceito pelas pessoas que você conhece?	1	2	3	4	5	Whb18 –
18 (F20.1)	54. Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	Whb19 –
19 (F21.1)	55. Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	1	2	3	4	5	Whb20 –

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom	
20 (F9.1)	56. Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5	Whb21 _
As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.							
		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito	
21 (F3.3)	57. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5	Whb22 _
22 (F10.3)	58. Quão satisfeito(a) você está com	1	2	3	4	5	Whb23 _

	sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?						
23 (F12.4)	59. Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5	Whb2 4 _
24 (F6.3)	60. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5	Whb2 5 _
25 (F13.3)	61. Quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5	Whb2 6 _
26 (F15.3)	62. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5	Whb2 7 _
27 (F14.4)	63. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5	Whb2 8 _
28 (F17.3)	64. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5	Whb2 9 _

29 (F19.3)	65. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5	Whb30_
30 (F23.3)	66. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5	Whb31_

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre	Whb32_
31 (F8.1)	67. Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5	

Escute as frases abaixo e dê a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na última semana. Não é preciso pensar muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito.	
68. A1. Eu me sinto tenso ou contraído: 3 () boa parte do tempo 2 () a maior parte do tempo 1 () de vez em quando 0 () nunca	Had1_
69. D2. Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes: 0 () sim, do mesmo jeito que antes 1 () não tanto quanto antes 2 () só um pouco 3 () já não sinto prazer em mais nada	Had2_
70. A3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa fosse acontecer: 3 () sim, e de um jeito muito forte 2 () sim, mas não tão forte 1 () um pouco, mas isso não me preocupa 0 () não sinto nada disso	Had3_
71. D4. 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	Had4_
72. A5. Estou com a cabeça cheia de preocupações: 3 () a maior parte do tempo 2 () boa parte do tempo 1 () de vez em quando 0 () raramente	Had5_
73. D6. Eu me sinto alegre: 3 () nunca 2 () poucas vezes 1 () muitas vezes 0 () a maior parte do tempo	Had6_
74. A7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado: 0 () sim, quase sempre 1 () muitas vezes 2 () poucas vezes 3 () nunca	Had7_
75. D8. Eu estou lento para pensar e fazer as coisas: 3 () quase sempre 2 () muitas vezes	Had8_

1 () de vez em quando 0 () nunca	
76. A9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago: 0 () nunca 1 () de vez em quando 2 () muitas vezes 3 () quase sempre	Had9_
77. D10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência: 3 () completamente 2 () não estou mais me cuidando como eu deveria 1 () talvez não tanto quanto antes 0 () me cuido do mesmo jeito que antes	Had10_
78. A11. Eu me sinto inquieto, como se não pudesse ficar parado em lugar nenhum: 3 () sim, demais 2 () bastante 1 () um pouco 0 () não me sinto assim	Had11_
79. D12. 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	Had12_
80. A13. De repente tenho a sensação de entrar em pânico: 3 () a quase todo momento 2 () várias vezes 1 () de vez em quando 0 () não sinto nada disso	Had13_
81. D14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa: 0 () quase sempre 1 () várias vezes 2 () poucas vezes 3 () quase nunca	Had14_

82. Durante o último mês:		
C1 Pensou que seria melhor estar morto(a) ou desejou estar morto(a)? (1) Sim	(0) Não	Estmort
C2 Quis fazer mal a si mesmo(a)? Sim	(0) Não (1)	– Malsi _
C3 Pensou em suicidar-se? Sim	(0) Não (1)	Pensui _ Mansui
C4 Pensou numa maneira de se suicidar? Sim	(0) Não (1)	– Tentsui
C5 Tentou o suicídio? Sim	(0) Não (1)	– Longsui
83. Ao longo da sua vida:		
C6 Já fez alguma tentativa de suicídio? Sim	(0) Não (1)	–
ATENÇÃO: NÃO PREENCHER		
84. Há pelo menos UM “SIM” DE C1 A C6? Sim	(0) Não (1)	Risco _
85. Se SIM , especificar o nível do risco de suicídio: <i>RISCO DE SUICÍDIO ATUAL:</i>		Leve _ Modera
C1 ou C2 ou C6 = SIM : LEVE Sim	(0) Não (1)	– Eleva _
C3 ou (C2 + C6) = SIM : MODERADO Sim	(0) Não (1)	
C4 ou C5 OU (C3 + C6) = SIM : ELEVADO Sim	(0) Não (1)	

AGRADEÇO PELA SUA COLABORAÇÃO.