

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

**ALINE DOS SANTOS SILVEIRA**

**EPISÓDIO DEPRESSIVO, EPISÓDIO MANÍACO/HIPOMANÍACO EM  
PACIENTES VIVENDO COM HIV/AIDS EM TERAPIA ANTIRRETROVIRAL**

**Pelotas**  
**2018**

**ALINE DOS SANTOS SILVEIRA**

**EPISÓDIO DEPRESSIVO, EPISÓDIO MANÍACO/HIPOMANÍACO EM  
PACIENTES VIVENDO COM HIV/AIDS EM TERAPIA ANTIRRETROVIRAL**

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

Orientadora: Prof. Ph. Dr. Karen Jansen

**Pelotas**

**2018**

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S587e Silveira, Aline dos Santos  
**Episódio depressivo, episódio maníaco/hipomaníaco em pacientes vivendo com HIV/AIDS em terapia antiretroviral.** / Aline dos Santos Silveira. – Pelotas: UCPEL, 2018.

68 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Pelotas, Mestrado em Saúde e Comportamento, Pelotas, BR-RS, 2018. Orientadora: Karen Jansen.

1. HIV/AIDS. 2. Episódio depressivo. 3.episódio maníaco. 4. Episódio hipomaníaco. I. Jansen, Karen, or. II. Título.

CDD 616

**ALINE DOS SANTOS SILVEIRA**

**EPISÓDIO DEPRESSIVO, EPISÓDIO MANÍACO/HIPOMANÍACO EM  
PACIENTES VIVENDO COM HIV/AIDS EM TERAPIA ANTIRRETROVIRAL**

**CONCEITO FINAL:** \_\_\_\_\_

**Aprovado em:** \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA:**

\_\_\_\_\_  
**Profº Dr. Ricardo Azevedo da Silva**

\_\_\_\_\_  
**Profº Dr. Caroline David Wiener**

\_\_\_\_\_  
**Orientadora Profª Ph. Dr. Karen Jansen**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esta conquista à minha família...

Vocês me proporcionam o aprendizado, a motivação, o amor incondicional e apoio às minhas escolhas e decisões.

## AGRADECIMENTOS

Começo agradecendo a DEUS, o qual colocou ao meu lado pessoas tão especiais, sem as quais certamente não teria dado conta.

Ao meu marido, Alan, pelo apoio incondicional em todos os momentos, entendendo minhas fragilidades e ausências e torcendo tanto pelo meu sucesso, mas principalmente pelo amor dedicado a nós.

Aos meus filhos Otávio e Pedro, por inocentemente darem o maior sentido à minha vida.

Aos meus pais, que tantas vezes abriram mão de seus sonhos e vontades por mim, sempre me apoiando e mesmo me substituindo, nos cuidados com os meus filhos durante os momentos em que não podia dedicar-lhes tamanha atenção.

À minha tia, Elenara (*in memoriam*), pelo incentivo, carinho, e, sobretudo, por me acolher sempre em sua casa.

À minha amada avó, Francisca (*in memoriam*), pelos ensinamentos, carinho e cuidado que sempre nos dedicou.

À Daiane, que me foi presenteada para fazer parte da família, através do seu cuidado e dedicação, especialmente aos meus filhos.

Manifesto a minha gratidão à minha orientadora, Karen Jansen, por dividir comigo seu valioso conhecimento, pela sua simpatia desde o nosso primeiro encontro, pelas críticas e conselhos, mas, sobretudo, de forma descontraída, não hesitou em ensinar-me a pesquisar.

À doutoranda, Lucia Real, por permitir que realizasse um adendo em seu estudo, me acolhendo com tanto respeito e carinho.

A todos os pacientes do Serviço de Atendimento Especializado que participaram espontaneamente deste trabalho.

E, finalmente, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento-Ucpel, por abrirem as portas para que eu pudesse buscar os conhecimentos técnicos e científicos e realizar este sonho.

Ninguém vence sozinho... Obrigada a todos vocês!

“Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo o propósito debaixo do céu [...] Tempo de chorar, e tempo de rir; tempo de prantear, e tempo de dançar [...]”.

Eclesiastes 3:1 e 4.

## RESUMO

Esta dissertação foi desenvolvida a partir de um adendo ao projeto intitulado “HIV/AIDS: Adesão e manutenção do tratamento com antirretrovirais”, sendo um estudo transversal, com o objetivo de verificar a prevalência e fatores associados ao episódio depressivo, episódio maníaco/hipomaníaco, em pacientes com HIV/AIDS em terapia antirretroviral de um Serviço de Atendimento Especializado de Pelotas/RS. Os episódios depressivos e episódios maníacos/hipomaníacos têm se tornado frequentes em pessoas vivendo com HIV/AIDS, estando ligados a diversos fatores (reação frente ao diagnóstico, situação de vida frente à doença, medos). Eles podem resultar da própria infecção, seja pela ação do HIV no sistema nervoso central, seja pela ocorrência de doenças oportunistas, seja ainda pela ação de medicamentos utilizados no tratamento. Foram entrevistadas 320 pessoas, utilizando a Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), versão Plus, para a avaliação de episódio depressivo, episódio maníaco/hipomaníaco. Encontrou-se uma prevalência de 54,1% de episódio depressivo e 20,3% de episódios hipomaníaco/maníacos, ambos ao longo da vida. Os fatores associados à ED foram: ser do sexo feminino ( $p=0,001$ ) e apresentar vulnerabilidade social [não possuir atividade laboral ( $p=0,004$ ), possuir benefício do governo ( $p=0,019$ ) e ser de classe econômica D ( $p=0,005$ )]. Enquanto, ser solteiro/divorciado ( $p=0,021$ ) se mostrou associado à EH/M. Nessa amostra de paciente com HIV/AIDS a prevalência de ED e EM/H foi elevada, se considerados estudos com outras populações.

**Palavras-chave:** HIV/AIDS. Episódio Depressivo. Episódio maníaco. Episódio hipomaníaco.

## ABSTRACT

This dissertation was developed from an addendum to the project entitled "HIV / AIDS: Adherence and maintenance of antiretroviral treatment". To examine the prevalence and factors associated with depressive episodes (DE) and manic /hypomanic episodes (MHE) in patients living with HIV/AIDS undergoing antiretroviral therapy. Depressive and manic /hypomanic episodes in patients living with HIV/AIDS are frequent and have been associated with several factors that include reactions to the diagnosis, life situation, and fears. CNS involvement by HIV or opportunistic infections or the use of medications may be expected to contribute to the development of these episodes. This is a cross-sectional study, with 320 patients treated at a Specialized Service Unit in Pelotas, RS-Brazil. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), Plus version was used for the assessment of depressive, manic and hypomanic episodes. Depressive and manic /hypomanic episodes in patients living with HIV/AIDS are frequent and have been associated with several factors that include reactions to the diagnosis, life situation, and fears. CNS involvement by HIV or opportunistic infections or the use of medications may be expected to contribute to the development of these episodes. The prevalence rates of depressive episodes and manic/hypomanic episodes throughout life were 54.1% and 18.8%, respectively. The factors associated with DE were being female ( $p = 0.001$ ), unemployed ( $p = 0.004$ ), receiving social welfare ( $p = 0.019$ ), and belonging to class D ( $p = 0.005$ ). In contrast, being single or divorced ( $p = 0.021$ ) was associated with MHE. The prevalence rates of DE and MHE in patients with HIV/AIDS were higher when compared to those obtained in studies with other populations.

**Keywords:** HIV/AIDS. Depressive episode. Manic episode. Hypomanic episode.

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas, econômicas e prevalência de Episódios depressivos e episódios maníacos/hipomaníacos em pacientes vivendo com HIV/AIDS em terapia antirretroviral. Pelotas/RS 2017.....</b>	<b>48</b>
<b>Tabela 2 - A associação entre episódios depressivos, maníacos/hipomaníacos e variáveis sociodemográficas, econômicas e adesão ao tratamento em pacientes vivendo com HIV/AIDS em terapia antirretroviral. Pelotas/RS 2017.....</b>	<b>49</b>
<b>Tabela 3 - Distribuição de episódios depressivos, maníacos/hipomaníacos em relação a todas as variáveis independentes do estudo, sociodemográficas, econômicas e adesão ao tratamento em pacientes vivendo com HIV/AIDS em terapia antirretroviral. Pelotas/2017.....</b>	<b>50</b>

## Lista de Quadros

<b>Quadro 1 - Tipo de variáveis. ....</b>	<b>30</b>
---	-----------

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BDI	<i>Beck Depression Inventory</i>
EM/H	Episódio Maníaco/Hipomaníaco
ED	Episódio Depressivo
EUA	Estados Unidos da América
HADR	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que fazem sexo com Homens
MINI	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i>
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SNC	Sistema Nervoso Central
TARV	Terapia Antirretroviral
TB	Transtorno Bipolar
TDM	Transtorno Depressivo Maior
TH	Transtornos do Humor
UNAIDS	<i>United Nations Programme on HIV/AIDS</i>

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	13
1 IDENTIFICAÇÃO .....	14
1.1 Título .....	14
1.2 Acadêmica.....	14
1.3 Orientadora .....	14
1.4 Instituição .....	14
1.5 Curso.....	14
1.6 Linha de Pesquisa .....	14
1.7 Data da Qualificação .....	15
2 INTRODUÇÃO.....	16
3 OBJETIVOS .....	18
3.1 Objetivo Geral .....	18
3.2 Objetivos Específicos .....	18
4 HIPÓTESES.....	19
5 REVISÃO DE LITERATURA .....	20
5.1 Estratégia de Busca .....	20
5.2 HIV/AIDS .....	20
5.3 Neurobiologia do HIV/AIDS .....	21
5.4 Transtornos psiquiátricos em pessoas vivendo com HIV/AIDS: prevalência e fatores associados .....	22
5.5 Transtornos psiquiátricos em pessoas vivendo com HIV/AIDS: adesão a TARV .....	25
6 MÉTODO.....	28
6.1 Delineamento .....	28
6.2 Participantes .....	28
6.2.1 Critérios de Inclusão.....	29
6.2.2 Critérios de Exclusão.....	29
6.3 Variáveis .....	29
6.4 Instrumentos .....	30
6.4.1 Informações Sociodemográficas.....	30
6.4.2 <i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i> .....	30
6.4.3 Critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – Classificação econômica .....	31
6.5 Coleta de Dados .....	31
6.6 Processamento e Análise de Dados .....	31
6.7 Aspectos éticos .....	32
6.8 Cronograma.....	32

<b>6.9 Orçamento .....</b>	<b>33</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>34</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>52</b>
<b>ANEXO A: CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXO B: COMPROVANTE DE ACEITAÇÃO DO CEP.....</b>	<b>54</b>
<b>ANEXO C: QUESTIONÁRIO .....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXO D: MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW.....</b>	<b>62</b>

## 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 realizado no período de junho de 2016 a agosto de 2017, a partir do trabalho de doutorado da aluna Lúcia Helena Gonzales Real, acadêmica deste Programa de Pós-Graduação, sendo este trabalho um adendo ao projeto intitulado “HIV/AIDS: Adesão e manutenção do tratamento com antirretrovirais”.

O trabalho de campo aconteceu no Serviço de Atendimento Especializado em HIV/AIDS de Pelotas-RS (SAE-Pelotas) junto à Faculdade de Medicina da UFPEL (FAMED), este oferece consultas médicas e medicações para o tratamento antirretroviral pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Após o término da coleta de dados, a análise destes foi realizada e iniciou-se a elaboração do artigo científico acerca dos resultados encontrados, a fim de contribuir com a produção sobre a prevalência de episódios depressivos e episódios maníacos/hipomaníacos, em pacientes HIV/AIDS de Pelotas/RS. Dessa forma, coube a presente autora avaliar a amostra deste estudo. A segunda parte da dissertação apresenta o artigo que será submetido à Revista Brasileira de Psiquiatria, com o propósito de ampliar os resultados obtidos. Por fim, são apresentadas as considerações finais.

# **1 IDENTIFICAÇÃO**

## **1.1 Título**

Episódio depressivo, episódio maníaco e episódio hipomaníaco em pacientes vivendo com HIV/AIDS que fazem uso de um serviço regional de referência na cidade de Pelotas-RS.

## **1.2 Acadêmica**

Aline dos Santos Silveira

## **1.3 Orientadora**

Karen Jansen

## **1.4 Instituição**

Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

## **1.5 Curso**

Mestrado em Saúde e Comportamento

## **1.6 Linha de Pesquisa**

Transtornos de Humor

## **1.7 Data da Qualificação**

Outubro de 2016

## 2 INTRODUÇÃO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a Síndrome da Imunodeficiência (AIDS) apresentam-se como a sexta causa de mortalidade dentre os anos de 2000 a 2011, em nível mundial (de onde apontam um percentual de 3% de mortes) não havendo variações para estes índices; entretanto em países subdesenvolvidos, o HIV/AIDS, destaca-se como a segunda maior causa de mortalidade<sup>1</sup>. Mais especificadamente, no ano de 2014, há registros de que na América Latina morreram 41 mil pessoas por causa de doenças relacionadas à AIDS<sup>2</sup>; sendo que duas mil crianças contraíram o vírus em 2014. Estima-se que 37 milhões de pessoas estejam infectadas com HIV/AIDS, no mundo, no Brasil aproximadamente 60 mil pessoas vivem com HIV/AIDS<sup>3</sup>.

A AIDS refere-se a uma doença resultante do contágio pelo vírus HIV. O vírus se reproduz no corpo humano nos linfócitos TCD4+, tornando o corpo mais suscetível a infecções por doenças oportunistas<sup>4,5</sup>. A imunologia dos indivíduos contaminados se torna baixa, e dentre outros sintomas há ênfase nas complicações neuropsiquiátricas, de forma que, evidencia-se que o HIV é neurotrópico. Há registros de que 20% dos infectados, sofrem com sintomas neurológicos e neuropsiquiátricos, além disso, complicações neuropsiquiátricas ainda ocorrem em até 50% das pessoas com HIV, na maioria das vezes não diagnosticadas e não tratadas<sup>6,7</sup>. O diagnóstico correto e precoce dessas condições e a rápida intervenção terapêutica podem minimizar as complicações neuropsiquiátricas.<sup>8</sup>

Os transtornos de humor (TH) em pessoas vivendo com HIV são bastante frequentes podendo relacionar-se a diversos fatores: reação frente ao diagnóstico (medo da dor e da morte, e culpa), situação de vida frequentemente associadas ao diagnóstico da infecção (perda de emprego, amigos ou parentes, abandono, desestruturação familiar); risco maior de exposição ao HIV que alguns desses transtornos acarretam (abuso de drogas endovenosas, transtorno bipolar).<sup>9</sup> De outra forma, os sintomas psiquiátricos podem resultar da própria infecção, seja pela ação do HIV no sistema nervoso central (SNC), seja pela ocorrência de doenças oportunistas, seja ainda pela ação de medicamentos utilizados no tratamento<sup>6,8</sup>.

De acordo com Nakimuli-Mpungu<sup>9</sup>, os TH são estimados a acontecer em quase metade dos infectados por HIV. Desse modo, os TH são estimados a acontecer em quase metade dos infectados por HIV. Nestes TH, estão os episódios depressivos e os episódios maníacos/hipomaníacos diferenciando-se mania e hipomania pela intensidade dos sintomas que, por sua vez, vão ou não afetar o funcionamento em diversas áreas da vida. (American

Psychiatry Association, DSM V, 2013). Um estudo realizado em Uganda na África do Sul encontrou prevalência de 46,4% de TH, sendo depressão subclínica 17,8%, depressão maior atual ou passada 25% e transtorno bipolar 3,6%. Ribeiro<sup>10</sup> relata que 50% dos pacientes com HIV têm algum transtorno psiquiátrico, sendo 2,6% a prevalência de transtorno bipolar nessa amostra.

Quando se fala em episódios, esse tem geralmente a duração de dias até semanas, porém nada especifica o fenômeno mórbido, representam apenas o aspecto temporal do fenômeno. Quando o paciente apresenta ao longo da vida mais de um episódio depressivo que nunca foram intercalados por episódios maníacos ou hipomaníacos, faz-se então o diagnóstico.<sup>11</sup>

Há dois estudos americanos que avaliam a relação entre a presença de TH e a adesão à TARV em pacientes com HIV/AIDS, ambos verificaram uma menor adesão à TARV entre os pacientes com transtorno bipolar<sup>12,13</sup>. Entre os estudos de episódios depressivos e adesão à TARV destacam-se dois, o primeiro, um estudo de coorte (n=324), realizado pelo Departamento de Psicologia da Universidade de Connecticut, onde constataram que o TDM estavam associados a menor aderência ao tratamento antirretroviral.<sup>14</sup> Já o segundo, constata que 26% da amostra apresentam sintomas de episódios depressivos e a não adesão era significativa nesses pacientes.<sup>15</sup>

Há poucos estudos sobre a prevalência de episódio depressivo, episódio maníaco/hipomaníaco em pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil. A maioria dos estudos de prevalência encontrados foi realizada com instrumentos de *screening*, como o Inventário de Depressão de Beck (BDI), que identificam sintomas, muitos deles autoaplicáveis, não obtendo o diagnóstico dos transtornos depressivos e transtornos bipolares. Sendo assim, a realização deste estudo tende a ser um diferencial, já que será utilizada uma entrevista diagnóstica padronizada que explora a presença de episódios depressivos e maníacos/hipomaníacos. Desse modo, o presente estudo pretende verificar a prevalência e fatores associados a episódios depressivos e maníacos/hipomaníacos em pacientes vivendo com HIV/AIDS.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Verificar a prevalência e fatores associados a episódio depressivo, episódio maníaco/hipomaníaco em pacientes com HIV/AIDS que fazem uso de um serviço regional de referência na cidade de Pelotas-RS.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Descrever a prevalência de episódio depressivo, episódio maníaco/hipomaníaco em pacientes com HIV/AIDS;
- Avaliar as comorbidades clínicas associadas à presença de episódio depressivo e episódio maníaco/hipomaníaco em pacientes com HIV/AIDS;
- Descrever a prevalência de não adesão a TARV entre os pacientes com história atual e/ou passada de episódio depressivo e episódio maníaco/hipomaníaco.

#### **4 HIPÓTESES**

- Em pacientes com HIV/AIDS a prevalência de episódio depressivo será de 40% e de episódio maníaco/hipomaníaco será de 10%;
- As infecções oportunistas são mais prevalentes entre os pacientes com HIV/AIDS que apresentam história atual e/ou passada de episódio depressivo e episódio maníaco/hipomaníaco;
- Pacientes vivendo com HIV/AIDS que apresentam episódio depressivo e/ou episódio maníaco/hipomaníaco têm maior prevalência de não adesão à TARV.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 Estratégia de Busca

A revisão de literatura foi realizada em três bases de dados virtuais: PsycINFO, PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Nas duas primeiras bases na língua inglesa, e na terceira base na língua portuguesa. Nessa busca, utilizaram-se os seguintes descritores: *HIV OR AIDS OR Human immunodeficiency vírus*, seguidos de *Mood disorder OR Major depressive disorder OR bipolar disorder e HIV treatment adherence AND depression e HIV treatment adherence AND bipolar disorder*. Foram utilizados os seguintes limites para busca: artigos publicados nos últimos oito anos (de 2009 a 2016), artigos escritos em língua inglesa, espanhola ou portuguesa e estudos realizados em humanos.

Após a combinação dos descritores, foram encontrados 128 títulos no PsycINFO, 5.652 no PubMed, 6.487 na BVS totalizando 12.267 referências. Destes, foram utilizados sete artigos do PsycINFO, onze do PubMed e quatro da BVS, assim vinte e dois artigos foram selecionados. Além disso, as referências avaliadas dos artigos selecionados foram revisadas em busca de outros artigos que abordassem a temática do estudo, resultando na adição de dois artigos.

### 5.2 HIV/AIDS

A AIDS é considerada um importante problema de saúde pública. Nos últimos anos, poucos agravos à saúde geraram tamanho interesse dos profissionais de saúde. O número de pessoas infectadas pelo HIV, o modo de transmissão e o impacto gerado na sociedade vem caracterizando a AIDS como uma doença de grande dimensão social<sup>16</sup>.

Na América Latina, estima-se que 1,6 milhões de pessoas vivam com HIV/AIDS. A maioria dos casos (75%) se concentra em cinco países: Argentina, Brasil, Colômbia, México e Venezuela. No Brasil, as novas infecções por HIV aumentaram 11% entre 2010 e 2016. Em 2016, o país registrou 41% de todos os novos casos contabilizados na América Latina. Segundo estimativas feitas pelo *United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS)<sup>17</sup> com base nos dados fornecidos em março de 2016, o número de pessoas vivendo com HIV/AIDS no país é de 830.000 [610.000 – 1.100.000], corresponde a uma prevalência de 0,5% da

população. E segundo modelagem matemática baseada no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde do Brasil, 15.000 pessoas morrem anualmente devido às causas relacionadas à AIDS<sup>17</sup>. Na população de 15 a 49 anos, a prevalência é de 1,1%, sendo 0,7% em homens e 0,4% em mulheres<sup>18</sup>. Observou-se também um aumento da prevalência em jovens: o índice de jovens infectados, entre 17 e 21 anos, passou de 0,09% em 2002 para 0,12% em 2007, atingindo principalmente a população de homens que fazem sexo com outros homens (HSH), na qual a prevalência subiu de 0,56% em 2002 para 1,2% em 2007<sup>14</sup>. Entre a população em situação de vulnerabilidade, observou-se uma prevalência de HIV/AIDS de 5,9% entre usuários de drogas, 10,5% em HSH e 4,9% entre mulheres profissionais do sexo<sup>18</sup>.

### **5.3 Neurobiologia do HIV/AIDS**

O HIV infecta um subconjunto de células imunitárias, incluindo células T e macrófagos circulantes, sendo necessária, principalmente, a expressão do receptor CD4 e dos coreceptores CXCR4 e CCR5 em suas células hospedeiras. A infecção também pode atingir o SNC. O vírus HIV ataca as células do sistema imunológico (linfócitos), alterando seu funcionamento e reduzindo sua contagem. Isso faz com que a capacidade de combater doenças seja comprometida gradativamente. Ao longo dos anos, com a multiplicação do vírus e a diminuição das células T CD4+ a níveis críticos, o organismo fica vulnerável às infecções<sup>19</sup>.

Estudos concluem que a disfunção do SNC associada ao HIV é devida, em grande parte, aos mecanismos indiretos, que danificam os neurônios. A danificação dos neurônios pode se dar de duas formas: diretamente ou indiretamente. No primeiro caso, várias proteínas do HIV são moléculas tóxicas para os neurônios. A primeira induz a morte de células neuronais a partir de receptores presentes na superfície dessas células; a segunda promove elevação intracelular de cálcio a partir dos receptores de NMDA, promovendo a morte das células nervosas. Por outro lado, indiretamente, essa morte pode-se dar através de células não neuronais como as micróglia e os astrócitos, os quais podem liberar substâncias (como citocinas, especialmente TNF- $\alpha$ , mediadores pró – inflamatórios e proteínas virais) que se difundem, alterando significativamente a aptidão neuronal e levando à morte por necrose ou por apoptose.<sup>20</sup>

O HIV se aproveita da presença desses mediadores no monócito infectado para, mais facilmente, atravessar o endotélio cerebrovascular, utilizando também vias paracelulares, intensificando a entrada de mais monócitos carreadores do vírus para o SNC.

As possíveis manifestações de patologia do SNC resultantes da infecção associada ao HIV são complexas e incluem uma gama de alterações. As características clínicas dos transtornos neurocognitivos associados ao HIV variam de alterações neurocognitivas suaves para a forma mais grave.

Os autores, Sadock e Sadock<sup>21</sup> e Straub<sup>22</sup>, analisando as características clínicas das pessoas vivendo com HIV/AIDS, constataram a existência de fatores não neurológicos e neurológicos no desenvolvimento destes. Os fatores não neurológicos dizem respeito aos sintomas da própria infecção pelo HIV, às complicações causadas pelas doenças oportunistas que aparecem em decorrência da evolução da doença. Já os fatores neurológicos, são responsáveis pelo desenvolvimento de síndromes psiquiátricas associadas ao HIV/AIDS encontra-se o transtorno neurocognitivo leve devido ao HIV/AIDS e à demência associada.

#### **5.4 Transtornos psiquiátricos em pessoas vivendo com HIV/AIDS: prevalência e fatores associados**

Os transtornos de humor são caracterizados pela presença de episódios distintos ou mistos de alterações do humor, prejudicando áreas profissionais, familiares e sociais da vida das pessoas<sup>23</sup>. O transtorno depressivo maior e o transtorno bipolar eram incluídos como TH conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV). Com a publicação do DSM-5<sup>24</sup>, foram feitas algumas alterações, onde não é mais utilizado a categoria de TH, e sim transtornos depressivos e transtornos bipolares, porém ao entender que ambos são caracterizados por alteração no humor, utilizei essa classificação no estudo, onde será avaliado episódios depressivos e episódios maníaco/hipomaníaco nos sujeitos.

Os episódios depressivos são caracterizados pela presença de humor triste, vazio ou irritável acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do paciente<sup>24</sup>, os episódios maníacos/hipomaníacos, caracterizam-se por oscilações de humor, por sintomas crônicos e por altos índices de recaídas e internações<sup>25</sup>. Os episódios depressivos e episódios maníacos/hipomaníacos vêm se tornando preocupantes, pela sua prevalência na população geral, 20% episódios depressivos e 4% nos maníacos/hipomaníacos<sup>26</sup>. Os episódios depressivos têm sido o transtorno psiquiátrico

mais comum entre as pessoas vivendo com HIV/AIDS e em muitos dos casos ela não tem sido diagnosticada anteriormente<sup>27</sup>.

Um estudo na África do Sul, com 716 pacientes vivendo com HIV/AIDS, utilizando o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), encontrou uma prevalência de 25,4% de depressão<sup>28</sup>. Em um estudo realizado nos Estados Unidos, na Califórnia, foram examinadas as associações entre os diagnósticos psiquiátricos, transtornos por uso de substâncias, serviços de saúde e mortalidade entre 9751 pessoas infectadas com HIV que foram acompanhadas durante 12 anos. Os resultados mostraram que 25,4% dos 9751 sujeitos do estudo tinham recebido um diagnóstico psiquiátrico (81,1% transtorno depressivo maior, 14,2% transtorno bipolar); 25,5% foram diagnosticados com transtorno por uso de substâncias psicoativas; e 12,1% pacientes receberam ambos os diagnósticos psiquiátricos e substância<sup>29</sup>.

No Brasil, um estudo realizado em Ribeirão Preto, SP com amostra composta por 228 pessoas vivendo com HIV/AIDS atendidos em duas unidades de referência, durante 2007 e 2008, utilizando o Inventário de Depressão de Beck (BDI), detectou-se 27,6% de indivíduos com sintomas de depressão leve, moderada ou grave<sup>30</sup>. Em pesquisa no hospital de referência na cidade de Florianópolis – SC, que buscou mensurar a prevalência de sintomas depressivos em pacientes portadores do HIV/AIDS através do BDI, foi encontrada uma prevalência de 40,7% de sintomas depressivos em pacientes vivendo com HIV/AIDS<sup>31</sup>.

Em estudo realizado no município de Fortaleza-Brasil, entre setembro de 2014 e abril de 2015, que incluiu 257 pacientes de quatro ambulatórios especializado, utilizando o *Mini International Neuropsychiatric Interview* para identificar a prevalência desses transtornos, foram identificadas prevalências de 29,2% para depressão, 7,0% para transtorno bipolar tipo II e 4,7% para transtorno bipolar tipo I<sup>6</sup>. Outro estudo em Fortaleza-Brasil, avaliando 196 pacientes adultos vivendo com HIV/AIDS, verificou uma prevalência de transtorno bipolar de 8,1%; quatro vezes maior do que na população em geral. A prevalência de transtorno bipolar tipo I foi de 5,6%, que é quase seis vezes maior do que a população em geral<sup>32</sup>.

Pesquisa realizada no Serviço de Atendimento Especializado em HIV/AIDS de Pelotas-RS (SAE-Pelotas) com 246 pacientes, utilizando o BDI, verificou uma prevalência de sintomas depressivos em 32% dos pacientes acometidos pelo HIV/AIDS, destes, 14% foram classificados com sintomas depressivos leves, 14% com sintomas depressivos moderados e 4% com sintomas depressivos graves.

As pesquisas evidenciam que os transtornos de humor estão associados à infecção pelo HIV, assim como com a progressão da doença<sup>33;34;35</sup>. A depressão maior nos indivíduos vivendo com HIV/AIDS provavelmente resulta da combinação de fatores psicossociais e os

efeitos neuroinflamatórios e neurotóxicos do vírus no cérebro<sup>35</sup>. Com relação aos fatores psicossociais, os indivíduos portadores do HIV/AIDS podem sofrer de isolamento, falta de suporte social, estigmatização, discriminação, atitudes sociais adversas à homossexualidade, violência, desesperança e abuso de drogas, os quais contribuem para o histórico de depressão<sup>35</sup>.

No estudo da África do Sul, os fatores associados à maior prevalência de depressão foram o estigma e os efeitos colaterais da Terapia Antirretroviral (TARV)<sup>28</sup>. Na pesquisa do município de Fortaleza-Brasil, as variáveis associadas a maior prevalência de depressão foram: sexo feminino, estado civil divorciado, renda mensal de até dois salários mínimos, não ter profissão (não estar trabalhando), ser analfabeto e ter história familiar de depressão<sup>6</sup>. Já as variáveis associadas à maior prevalência de transtorno bipolar tipo I, foram: ser viúvo, ter profissão (estar trabalhando), ter situação de rua e ter história familiar de TAB I. Enquanto as variáveis associadas à maior prevalência de transtorno bipolar tipo II foram sexo masculino, ser procedente da capital, ter história familiar de TAB II e fazer abuso/dependência de álcool e uso de substâncias ilícitas<sup>32</sup>. O estudo no Brasil, em Fortaleza, as variáveis associadas com o diagnóstico de transtorno bipolar foram: sexo comercial, sexo fora da relação primária, transtornos de uso de álcool e abuso de drogas ilícitas. A comorbidade psiquiátrica mais comum no grupo com transtorno bipolar foi abuso de substâncias<sup>32</sup>. Na pesquisa realizada no SAE-Pelotas, as manifestações mais frequentes relatadas foram: fadiga e irritabilidade. Um fator associado com a prevalência da depressão foi a baixa renda<sup>38</sup>.

Os transtornos psiquiátricos têm impacto significativo na progressão da doença por HIV/AIDS, as infecções oportunistas (infecções bacterianas, pneumonia, micoses) são as comorbidades clínicas mais prevalentes entre os pacientes portadores da doença que apresentam transtornos depressivos e transtornos bipolares<sup>39</sup>.

Há poucos estudos sobre a prevalência de transtornos de humor em pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil. A maioria dos estudos encontrados, foram realizados com instrumentos de *screening*, como o BDI, que identificam sintomas, muitos deles autoaplicáveis, não obtendo o diagnóstico dos transtornos depressivos e transtornos bipolares. Sendo assim, a realização deste estudo tem por diferencial a utilização da *Mini International Neuropsychiatric Interview*, uma entrevista diagnóstica padronizada que explora os principais transtornos psiquiátricos do DSM IV e da CID-10<sup>40</sup>.

## 5.5 Transtornos psiquiátricos em pessoas vivendo com HIV/AIDS: adesão a TARV

Com a introdução do tratamento da TARV, foi possível melhoria na qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS, a inibição da carga viral e o aumento na recuperação das células imunitárias.<sup>41,42</sup> A TARV também permitiu que o HIV deixasse de ser uma doença crônica progressiva com um desfecho fatal para se tornar uma doença controlável crônica.<sup>43</sup> A TARV consiste em uma combinação contendo fármacos que visam o ciclo de vida do HIV com o objetivo de segurar a sua replicação e preservar ou restaurar a função imune.<sup>44</sup>

As dificuldades na não adesão em pacientes com HIV/AIDS ocorrem, de alguma forma, da complexidade da TARV, na medida em que alguns medicamentos precisam ser ingeridos em jejum, outros com alimentos ou em sequências de tempo combinadas com outros fármacos, o que exige organização e disciplina do paciente em relação ao seu tratamento.<sup>45</sup> Sendo assim, as barreiras enfrentadas na adesão ao tratamento pelas pessoas que vivem com HIV/AIDS são iguais as de outras doenças crônicas: uso contínuo de medicações, efeitos colaterais, fatores relacionados ao estilo de vida do paciente, e a relação médico paciente.<sup>46</sup>

Em vários estudos, percebe-se mais uma dificuldade para a adesão ao tratamento que são os transtornos psiquiátricos como depressão, abuso e dependência de tabaco, álcool e outras, drogas, são mais frequentes nas pessoas vivendo com HIV/AIDS, quando comparados à população geral<sup>47</sup>. Muitas vezes, as pessoas que vivem com HIV/AIDS já apresentavam algum tipo de alteração psicopatológica prévia à infecção, como transtorno de humor, esquizofrenia ou abuso/dependência de substâncias psicoativas<sup>47</sup>. Tais condições potencializam a vulnerabilidade à exposição ao vírus e a não adesão<sup>47</sup>. Por outro lado, a descoberta do diagnóstico de HIV/AIDS pode ter forte impacto psicológico e, eventualmente, desencadear recidivas, não adesão ao tratamento ou mesmo o surgimento de transtornos psiquiátricos, conforme propensão anterior do paciente<sup>48</sup>.

Nos fármacos que compõem a TARV, há os inibidores da protease, estes inibidores possuem vários efeitos colaterais tais como: problemas gastrointestinais como diarreia e gastrite, fadiga e resistência à insulina, entre outros. Esses efeitos colaterais vão interferir na adesão ao tratamento, diminuindo a qualidade de vida e possivelmente aumentando os sintomas dos episódios depressivos em PVCA.

Os episódios depressivos e episódios maníacos/hipomaníacos podem exercer uma ação sobre a adesão ao tratamento antirretroviral. Em um estudo realizado em Ruanda, com

193 jovens que vivem com HIV entre 10 e 17 anos, concluiu que a não adesão a TARV está intimamente ligada a questões de saúde mental.<sup>15</sup>

Posada<sup>49</sup>, inferiu que pessoas vivendo com HIV/AIDS com episódios maníacos/hipomaníacos apresentam um maior prejuízo no funcionamento global<sup>49</sup>. Os pacientes que vivem com HIV/AIDS que tiveram episódios de mania apresentam maior supressão imune e maior comprometimento cognitivo, sugerindo que esses pacientes podem já ter sido cognitivamente e funcionalmente prejudicados por sua doença mental no momento em que adquiriu a infecção pelo HIV<sup>50</sup>. Um estudo realizado na Universidade da Califórnia-EUA, concluiu que as frequentes alterações de humor das pessoas com transtorno bipolar podem ter possíveis implicações para a baixa adesão ao tratamento<sup>40</sup>.

Em um estudo comparativo, que avaliou a adesão ao tratamento de pacientes vivendo com HIV, concluiu que 47% das pessoas com HIV e episódios maníacos/hipomaníacos foram menos propensas a aderirem a TARV do que as pessoas que possuíam somente o HIV.<sup>12</sup> Uma investigação do departamento de psicologia da Universidade da Califórnia, São Diego-EUA, apontou que 94% dos não aderentes ao tratamento tinham diagnóstico de transtorno bipolar<sup>13</sup>.

Os transtornos depressivos, em vários estudos, têm elevada prevalência em PVCHA, porém mostram larga variação, estimam-se que esteja entre 4% á 22% para homens e entre 2% á 18% para mulheres.<sup>51</sup> A depressão em indivíduos infectados pelo HIV/AIDS mostram menor adesão ao tratamento da TARV, pior qualidade de vida, evolução menos favorável da doença<sup>14</sup>, e maior propensão a apresentar comportamentos de risco<sup>52</sup>, como: fazer sexo sem proteção e/ou sob efeito de álcool/drogas e manter vários parceiros.<sup>54</sup>

Um estudo de coorte (n=324), pelo Departamento de Psicologia da Universidade de Connecticut, buscou avaliar o impacto da adesão a uma gama de medicamentos psicotrópicos em pacientes HIV com depressão, concluiu que o TDM estava associado à menor aderência ao tratamento antirretroviral<sup>14</sup>.

Já em um estudo realizado em Ruanda (n=193), com o objetivo de descrever a adesão a TARV e os problemas de saúde mental, concluiu que 26% da amostra apresentavam sintomas depressivos e a não adesão ao tratamento eram significativas nesses pacientes.<sup>15</sup>

Uma revisão sistemática e meta análise, realizada pelo Departamento de Infectologia e Epidemiologia de College London, buscou avaliar barreiras relatadas por pacientes para a terapia antirretroviral, dentre as barreiras encontradas pelo estudo, 15% dos pacientes de todas as faixas etárias, a depressão foi relatada como uma dificuldade para a adesão ao tratamento.<sup>54</sup> Já em outra revisão sistemática e meta análise, verificou-se que a probabilidade de se obter

uma boa adesão à TARV era 42% menor entre aqueles com sintomas depressivos quando comparados aqueles sem.<sup>55</sup>

Outro estudo de corte transversal realizado na Etiópia, com o objetivo de avaliar a prevalência e correlatos de depressão e ansiedade em pacientes HIV, concluiu que a não adesão a medicação aconteceu em fatores associados à depressão.

A detecção clínica dos sintomas depressivos é de extrema importância, assim como a realização do tratamento em pacientes HIV, promovendo melhora na qualidade de vida, no prognóstico da doença e na adaptação psicossocial.<sup>54</sup>

O episódio depressivo, episódio maníaco/hipomaníaco são subdiagnosticados e muito pouco tratados frente ao diagnóstico de HIV/AIDS, apresentando impacto importante na aderência ao tratamento da TARV, podendo acelerar a progressão da doença, chegando à morte do paciente. Neste contexto, o presente estudo visa contribuir para o conhecimento da prevalência e dos fatores associados do episódio depressivo, episódio maníaco e episódio hipomaníaco das pessoas vivendo com HIV/AIDS.

## **6 MÉTODO**

### **6.1 Delineamento**

Estudo observacional transversal, tendo como população os pacientes vivendo com HIV/AIDS em uso de Terapia Antirretroviral. Este estudo está aninhado ao projeto intitulado “HIV/AIDS: Adesão e manutenção do tratamento com antirretrovirais”.

### **6.2 Participantes**

A população acessível do estudo é de pacientes vivendo com HIV/AIDS, em uso de TARV que estão em acompanhamento no Serviço de Atendimento Especializado em HIV/AIDS de Pelotas-RS (SAE-Pelotas) junto à Faculdade de Medicina da UFPEL (FAMED). Atualmente, 3800 pacientes vivendo com HIV/AIDS, maiores de 18 anos, estão cadastrados no SAE-Pelotas. A seleção amostral será não probabilística, para tal, consecutivamente, todos os pacientes que buscarem atendimento no SAE-Pelotas de julho de 2016 a fevereiro de 2017, durante os dias de plantão da equipe de pesquisa serão convidados a participar do estudo.

A fim de verificar a prevalência de episódios depressivos e episódios maníacos e hipomaníacos, o cálculo amostral foi estimado a partir da prevalência de episódios maníacos e hipomaníacos por se tratar da patologia menos ocorrente nesta amostra. Assim, para o cálculo amostral foi considerada uma prevalência de 10% de episódios maníacos e hipomaníacos entre os pacientes vivendo com HIV/AIDS, com um limite de confiança de 2% e poder de 80%, para tal, será necessária a inclusão de 369 pacientes vivendo com HIV/AIDS. No ano de 2016, no período de janeiro a maio, aproximadamente 750 pacientes consultaram no serviço, assim, acredita-se que durante oito meses de coleta de dados sejam recrutados os pacientes necessários para este estudo.

### 6.2.1 Critérios de Inclusão

Tem-se como critérios de inclusão: 1) apresentar diagnóstico de HIV/AIDS a pelo menos um ano; 2) estar em acompanhamento no SAE-Pelotas; 3) ter no mínimo 18 anos de idade; e 4) fazer uso de TARV há pelo menos um ano.

### 6.2.2 Critérios de Exclusão

Os critérios de exclusão do estudo são: 1) ser gestante; 2) ter feito o uso de TARV por acidente ocupacional ou sexual; 3) estar institucionalizado; 4) estar em acompanhamento médico em consultório particular; ou 5) ter iniciado a TARV em outro serviço.

### 6.3 Variáveis

Serão coletados dados sociodemográficos, classificação socioeconômica, Episódios depressivos e Episódios Maníacos/hipomaníacos, adesão à TARV (terapia antirretroviral), e comorbidades clínicas, conforme o quadro 1.

<b>Variável</b>	<b>Tipo de variável</b>
Sexo (feminino/masculino)	categórica dicotômica
Cor de pele/etnia (branco, pardo, negro, amarelo, indígena)	categórica nominal
Reside em Pelotas (sim/não)	categórica dicotômica
Idade (em anos completos)	numérica discreta
Anos de estudo (em anos completos)	numérica discreta
Vive com companheiro (sim/não)	categórica dicotômica
Filhos (sim/não)	categórica dicotômica
Atividade laboral (não/estuda ou trabalha)	categórica dicotômica
Benefício do governo (sim/não)	categórica dicotômica
Classificação econômica (avaliada através da ABEP)	categórica ordinal

Episódio Depressivo (não/sim, avaliado através da <i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i> )	categórica dicotômica
Episódio maníaco /hipomaníaco (não/sim, avaliado através da <i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i> )	categórica dicotômica
Adesão à Terapia Antirretroviral	categórica ordinal
Comorbidades Clínicas	categórica dicotômica

**Quadro 1 - Tipo de variáveis.**

Fonte: da autora

## 6.4 Instrumentos

### 6.4.1 Informações Sociodemográficas

Roteiro elaborado por um dos pesquisadores, composto de questões como: sexo, idade, cor da pele/etnia, reside em Pelotas, idade, anos de estudo, vive com companheiro, filhos, atividade laboral, benefícios do governo, comorbidades clínicas e adesão à TARV. Essas questões foram elaboradas pensando-se em fatores que têm sido considerados relevantes pelas revisões da literatura acerca da temática do estudo.

### 6.4.2 *Mini International Neuropsychiatric Interview*

Para verificar a existência de transtornos de humor, será utilizado o *Mini International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I Plus 5.0.0). Trata-se de uma entrevista diagnóstica breve, traduzida e adaptada para a população brasileira por Amorim<sup>57</sup>, baseada nos critérios do DSM-IV e da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). O M.I.N.I Plus engloba os principais transtornos do Eixo I, por meio de uma entrevista objetiva e avaliação aprofundada dos transtornos mentais ao longo da vida, explorando sistematicamente todos os critérios de inclusão e de exclusão e a cronologia (data do início e duração dos transtornos, número de episódios) de 23 categorias diagnósticas do DSM-IV. Para este estudo foram utilizados os módulos do MINI Plus A (episódio depressivo maior) e D (episódio Maníaco e Hipomaníaco)<sup>57</sup>.

### **6.4.3 Critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – Classificação econômica**

Os critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) serão utilizados para classificação econômica desta amostra. Essa classificação é baseada no acúmulo de bens materiais e na escolaridade do chefe da família, classificando a população brasileira em seis estratos socioeconômicos denominados A, B1, B2, C1, C2 e DE<sup>58</sup>. Neste estudo os pacientes serão classificados em dois grupos: A+B, C+DE.

### **6.5 Coleta de Dados**

A coleta de dados será realizada no centro de referência no dia da consulta médica. Serão coletados os dados de todos os pacientes que passaram no centro e retiraram os seus medicamentos TARVs na farmácia do Serviço de Atendimento Especializado em HIV/AIDS (SAE – Pelotas). Será realizada inicialmente uma entrevista com o objetivo de obter o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, em seguida, será feito o levantamento dos dados sociodemográficos. Após, aplicado o MINI individualmente, por meio de membros treinados da equipe, composta por uma graduanda de psicologia e uma da graduanda da fisioterapia, em uma sala com ambiente iluminado e reservado, no serviço de referência.

### **6.6 Processamento e Análise de Dados**

Os dados serão duplamente digitados no programa EpiData 3.1, em entrada de dados específica para este protocolo de pesquisa. Posteriormente, os dados serão transferidos e analisados no programa STATA 13. Inicialmente as características da amostra e prevalência dos Episódios depressivos e Episódios Maníacos/hipomaníacos avaliados serão descritos por frequências absoluta e relativa. O teste dos fatores sociodemográficos associados a episódio depressivo e episódio maníaco/hipomaníaco serão realizados através do Qui-Quadrado, o mesmo teste será aplicado a fim de descrever as comorbidades clínicas e adesão a TARV entre os pacientes que vivem com HIV/AIDS, com e sem comorbidades psiquiátricas. Variáveis com p-valor<0,20 na análise bruta serão incluídas em um modelo de análise

ajustada por Regressão de Poisson. Por fim, serão consideradas associações estatisticamente significativas quando  $p < 0,05$ .

### 6.7 Aspectos éticos

Este projeto de pesquisa é um adendo ao projeto intitulado “HIV/AIDS: Adesão e manutenção do tratamento com antirretrovirais”, submetido na Plataforma Brasil para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da universidade em novembro de 2015 e aprovado sob o protocolo nº 37592114.9.0000.5339. Todas as questões éticas da Resolução nº 466/12 serão respeitadas. Este estudo oferece riscos mínimos à saúde dos pacientes participantes. Será assegurado aos participantes que todas as informações coletadas são sigilosas e utilizadas somente para fins de pesquisa. A divulgação das informações será anônima e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas<sup>18</sup>.

### 6.8 Cronograma

<b>Identificação da Etapa</b>	<b>Início</b> (dd/mm/aaaa)	<b>Término</b> (dd/mm/aaaa)
Elaboração do Projeto	04/04/2016	17/08/2016
Qualificação do Projeto	11/10/2016	11/10/2016
Coleta de dados	04/04/2016	29/07/2017
Digitação dos dados	30/07/2017	30/08/2017
Análise dos dados	01/09/2017	30/12/2017
Redação do artigo	15/12/2017	07/2018
Defesa	24/08/2017	24/08/2017

## 6.9 Orçamento

<b>Identificação do orçamento</b>	<b>Tipo</b>	<b>Valor em Reais (R\$)</b>
Transporte até o SAE	Custeio	480,00
Dois bolsistas de Iniciação	Bolsa Científica	9.600,00
<b>Total</b>		<b>R\$ 10.080,00</b>

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. The world health report 2013: research for universal health coverage. Luxembourg: World Health Organization; 2013.
2. UNAIDS, *Report on the global AIDS epidemic 2015*. <http://unaids.org.br> 25/09/2015
3. UNAIDS, Brasil. *Relatório Global da UNAIDS sobre prevenção destaca avanços e desafios da resposta à AIDS no Brasil. 2016*. Disponível em: <http://unaids.org.br/2016/07/3883/>>. Acesso em: 20 mar. 2018.
4. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*. Relatório mundial. Brasília: Organização Mundial de Saúde; 2010.
5. Lima BAS, Cecilio JFL, Bonafé, SM. *Aids: uma visão geral*. VIII EPC Encontro Internacional de Produção Científica, 22 a 25 de Outubro Maringá/Paraná. Disponível em: [http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2013/oit\\_mostra/Jorge\\_Felipe\\_Lopoch\\_Cecilio.pdf](http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2013/oit_mostra/Jorge_Felipe_Lopoch_Cecilio.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2018.
6. Pinho CSN. *Transtornos mentais em pacientes portadores de HIV: um estudo de prevalência e fatores associados*. 2015. 98 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.
7. Olisah VO. *Neuropsychiatric manifestations of hiv infection and aids*. In: Dumais, N.(Ed.). HIV AND AIDS – updates on biology, immunology, epidemiology and treatment strategies. Rijeka: Teodora sm, 2011. Disponível em: <http://cdn.intechopen.com/pdfs-wm/22346.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2018.
8. Camargo LA, Capitão CG, Filipe EMV. Saúde mental suporte familiar e adesão ao tratamento: associação no contexto HIV/Aids. *Revista Psico-USF*, Bragança Paulista, v.19, n.2, p.221-232, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v19n2/a05v19n2.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2018.
9. Nakimuli-Mpungu E, Musisi S, Katabira E, Nachega J, Bass J. *Prevalence and factors associated with depressive disorders in an HIV+ rural patient population in southern Uganda*. *J Affect Disord*. 2011 Dec; 135(1-3): 160–167. Published online 2011 Aug 17. doi: 10.1016/j.jad.2011.07.009
10. Ribeiro CMF, *et al*. *Is bipolar disorder a risk factor for HIV infection?* *Journal of Affective Disorders*, v. 146, n. 1, p. 66–70, 2012.
11. Dalgalarondo, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
12. Moore DJ, *et al*. *HIV-infected individuals with co-occurring bipolar disorder evidence poor antiretroviral and psychiatric medication adherence*. *AIDS and Behavior*, v. 16, n. 8, p.2257–2266, 2012.
13. Badiee J, *et al*. *Approaches to Identifying Appropriate Medication Adherence Assessments for HIV Infected Individuals with Comorbid Bipolar Disorder*. *AIDS Patient Care and STDs*. 2012;26(7):388-394. doi:10.1089/apc.2011.0447. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22686169>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

14. Cruess DG, Evans DL, Repetto MJ, Gettes D, Douglas SD, Petitto JM. Prevalence, diagnosis, and pharmacological treatment of mood disorders in HIV disease. *Biological Psychiatry*. 2003; 54(3): 307-316.
15. Smith Fawzi MC, Ng L, Kanyanganzi F, et al. Mental Health and Antiretroviral Adherence Among Youth Living With HIV in Rwanda. *Pediatrics*. 2016;138(4):e20153235. doi:10.1542/peds.2015-3235.
16. Souza BB. *A Política Da AIDS No Brasil: Uma Abordagem Histórica* JMPHC, Journal of Management and Primary Health Care. V.1 n.1 p.23-26, 2010
17. UNAIDS Relatório Global da 2016. Disponível em:  
<<http://unaids.org.br/2016/07/3883/>>. Acesso em: 20 mar. 2018.
18. Brasil, Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico: HIV/Aids* Brasília. 2012. Disponível em:  
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim\\_epidem\\_hiv aids\\_2012.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_epidem_hiv aids_2012.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2018.
19. Carvalho, FL *et al.* Perfil epidemiológico dos indivíduos HIV positivo e coinfeção HIV-Leishmania em um serviço de referência em São Luís, MA, Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, vol.18, n.5 Rio de Janeiro, 2013. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/15.pdf>>
20. Braga *et. al.* Sociodemographic and Clinical Factors Associated with Art and T-CD4 Counting, *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. Volume 16 Número 2 Páginas 149-160 2012. DOI:10.4034/RBCS.2012.16.02.06
21. Sadock BJ, Sadock VA. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 9ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
22. Straub RO. *Psicologia da saúde: uma abordagem biopsicossocial*. Porto Alegre: Artmed, 2014.
23. American Psychiatric Association (APA), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised (DSM-IV)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association. 1994.
24. American Psychiatric Association (APA). *American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed)*. Arlington: APA. 2013.
25. Knapp P, Isolani L. Abordagens psicoterápicas no TB. *Rev. Psiq. Clin.* V.32. s.1. p.98-104, 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32s1/24418.pdf>>
26. Christo PP. *Alterações cognitivas na infecção pelo HIV e AIDS*. *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56(2): 242
27. Simpson DM, Tagliati M. *Neurologic Manifestations of HIV Infection*. *Ann Intern Med* 121:769-85, 1994.
28. Malbergier, Schöffel, AC. *Depressão em infectados por HIV*; *Rev Bras Psiquiatr* 2001;23(3):160-7
29. Gonçalves M. *Psiquiatria na prática médica. Doenças mentais associadas ao risco aumentado para infecção por HIV*. Portal Pol+Br – Psychiatry on line Brasil. Postado em setembro de 2015. Disponível em:  
<<http://www.polbr.med.br/ano15/prat0915.php>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

30. Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca *Virtual em Saúde*. Boletim Epidemiológico: HIV/AIDS Brasília. Ministério da Saúde. 2014. Disponível em: <[http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim\\_2014\\_final\\_pdf\\_15565.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_final_pdf_15565.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2018.
31. Cunha RV, Bastos GAN, Duca, GFD. *Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul*. Rev. bras. epidemiol. [online]. 2012, vol.15, n.2, pp.346-354. ISSN 1415-790X. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200012>>. Acesso em: 10 abr. 2018.
32. Malbergier A. *AIDS e psiquiatria - um guia para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
33. Pappin M, Wouters E, Booyesen FLR. *Anxiety and depression amongst patients enrolled in a public sector antiretroviral treatment programme in South Africa: a cross-sectional study*. BMC public health, v. 12, p. 244, 2012.
34. Delorenze GN, Satre DD, Quesenberry CP, Tsai AL, Weisner CM. *Mortality After Diagnosis of Psychiatric Disorders and Co-Occurring Substance Use Disorders Among HIV-Infected Patients*. AIDS Patient Care and STDs. 2010;24(11):705-712. doi:10.1089/apc.2010.0139.
35. Reis RK, Haas VJ, Santos CB, Teles AS, Galvão MTG, Gir E. *Sintomas de Depressão e Qualidade de Vida de pessoas vivendo com HIV-AIDS*. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt\\_04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_04.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2018.
36. Schmitt JHL, Silva RM. *Prevalência de sintomas depressivos em pacientes portadores do HIV/Aids em um hospital de referência na cidade de Florianópolis - SC*: ACM arq. catarin. med;38(2):90-97, abr.-jul. 2009.
37. Gurgel SW *et al*. *Prevalence of bipolar disorder in a HIV-infected outpatient population*. AIDS Care, v. 25, n. 11-12, p. 1499–1503, 2013.
38. Gonzalez JS. *et al*. *Depression and HIV/AIDS Treatment Nonadherence: A Review and Meta-analysis*. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, v. 58, n. 2, p.1, 2011.
39. Sherr L, *et al*. *HIV and Depression: a systematic review of interventions*. Psychology, health & medicine, v. 16, n. 5, p. 493–527, 2011.
40. Del Guerra FBJ, Fonseca LI, Figueiredo VM, Ziff EB, Castelon KE. *Neurovirol Human immunodeficiency virus-associated depression: contributions of immunoinflammatory, monoaminergic, neurodegenerative, and neurotrophic pathways*. 2013 Aug; 19(4): 314–327.
41. Akinboro AO, Onayemi O, Ayodele OE, Mejiuni AD, Atiba AS. *The impacts of first line highly active antiretroviral therapy on serum selenium, cd4 count and body mass index: a cross sectional and short prospective study*. Pan African Medical Journal, v. 15, 2013.
42. Mayer KH1, Venkatesh KK. *Antiretroviral therapy as HIV prevention: status and prospects*. Send to Am J Public Health. 2010 Oct;100(10):1867-76. doi: 10.2105/AJPH.2009.184796.
43. MAARTENS, *et. al*. *Incomplete adherence to antiretroviral therapy is associated with higher levels of residual HIV-1 viremia*. AIDS 2014; 28:181-6.

44. Günthard HF *et. al.* Antiretroviral treatment of adult HIV infection: 2014 recommendations of the International Antiviral Society-USA Panel. *Send to JAMA*. 2014 Jul 23-30;312(4):410-25. doi: 10.1001/jama.2014.8722.
45. Seidl EMF, Melchiades A, Farias V. and Brito A. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.23, n.10, pp.2305-2316. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000006>>. Acesso em: 10 abr. 2018.
46. Cherney, Margaret A, Chambers, Donald B, Taylor, Jonelle M, Johnson, Lisa M., Folkman, Susan. *Coping Effectiveness Training for Men Living With HIV: Results From a Randomized Clinical Trial Testing a Group-Based Intervention*. *Psychosomatic Medicine: November-December 2003 - Volume 65 - Issue 6 - p 1038-1046* doi: 10.1097/01.PSY.0000097344.78697.
47. Malbergier, Schöffel AC. *Depressão em infectados por HIV*. *Rev Bras Psiquiatr* 2001; 23(3):160-7.
48. Gonçalves M. *Psiquiatria na prática médica*. Doenças mentais associadas ao risco aumentado para infecção por HIV. *Portal Pol+Br – Psychiatry on line Brasil*. Postado em setembro de 2015. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano15/prat0915.php>>. Acesso em: 10 abr. 2018.
49. Posada C, Moore DJ, Deutsch R, Rooney A, Gouaux B, Letendre S. *Sustained Attention Deficits Among HIV-Positive Individuals With Comorbid Bipolar Disorder*. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 24(1), 61–70. 2012.
50. Nakimuli-Mpungu E, *et al.* Clinical Presentation of Bipolar Mania in HIV-Positive Patients in Uganda *Psychosomatics* 50:4, July-August 2009.
51. Dubé M. *et. al.* *Social relationships and depression among people 65 years and over living in rural and urban areas of Quebec*. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009;24(11):1226-36
52. Treisman G, Angelino A. *Interrelation between psychiatric disorders and the prevention and treatment of HIV infection*. *Clin. Infect. Dis.* 2007; (15): 313-317.
53. Hutton HE, Lyketsos CG, Zenilman JM, Thompson RE, Erbeding EJ. Depression and HIV risk behaviors among patients in a sexually transmitted disease clinic. *Am. J. Psychiatry*. 2004; 161: 912-914.
54. Shubber Z, Mills EJ, Nacheva JB, Vreeman R, Freitas M, Bock P, *et al.* (2016) *Patient-Reported Barriers to Adherence to Antiretroviral Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *PLoS Med* 13(11): e1002183. doi:10.1371/journal.pmed.1002183
55. Uthman, MD, Jessica F. Magidson, Steven A. Safren, and Jean B. Nacheva, MD, *Depression and adherence to antiretroviral therapy in low-, middle- and high-income countries: a systematic review and meta-analysis* *Curr HIV/AIDS Rep*. 2014 September; 11(3): 291–307. doi:10.1007/s11904-014-0220-1.
56. Fuentes Daniel. *et. al.* Organizadores. *Neuropsicologia: teoria e prática*. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
57. Amorim P. *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para o diagnóstico de transtornos mentais*. *Rev Bras Psiquiatr*, 22:106-15, 2000.

58. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP 2014. *Critério de classificação econômico no Brasil*. Disponível em: <[http://www.abep.org/codigosguias/ABEP\\_CCEB.pdf](http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2018.

## ARTIGO

### Episódios depressivos e episódios maníacos/hipomaníacos em pacientes vivendo com HIV/AIDS em terapia antirretroviral

#### RESUMO

**Introdução:** Episódios depressivos e episódios maníacos/hipomaníacos em pessoas vivendo com HIV/AIDS tem se tornado frequente, estando ligados a diversos fatores (reação frente ao diagnóstico, situação de vida frente à doença, medos). Eles podem resultar da própria infecção, seja pela ação do HIV no sistema nervoso central, seja pela ocorrência de doenças oportunistas, seja ainda pela ação de medicamentos utilizados no tratamento.

**Objetivo:** Verificar a prevalência e fatores associados a episódios depressivos (ED) e episódios maníacos/hipomaníacos (EM/H) em pacientes vivendo com HIV/AIDS em terapia antirretroviral.

**Método:** Trata-se de um estudo transversal, com 320 pessoas acompanhadas em um Serviço de Atendimento Especializado de Pelotas/RS. Foi utilizada a *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), versão Plus*, para a avaliação de episódio depressivo, episódio maníaco e episódio hipomaníaco.

**Resultados:** Encontrou-se uma prevalência de 54,1% de episódio depressivo e 18,8% de episódios hipomaníaco/maníacos, ambos ao longo da vida. Os fatores associados à ED foram: ser do sexo feminino ( $p=0,001$ ) e apresentar vulnerabilidade social [não possuir atividade laboral ( $p=0,004$ ), possuir benefício do governo ( $p=0,019$ ) e ser de classe econômica D ( $p=0,005$ )]. Enquanto, ser solteiro/divorciado ( $p=0,021$ ) se mostrou associado à EM/H.

**Conclusão:** Nesta amostra de paciente com HIV/AIDS a prevalência de ED e EM/H foi elevada, se considerados estudos com outras populações.

**Palavras-chave:** HIV/AIDS, Episódio Depressivo, Episódio maníaco, Episódio hipomaníaco.

### Depressive and manic /hypomanic episodes in patients living with HIV/AIDS undergoing antiretroviral therapy

#### ABSTRACT

**Introduction:** Depressive and manic /hypomanic episodes in patients living with HIV/AIDS are frequent and have been associated with several factors that include reactions to the diagnosis, life situation, and fears. CNS involvement by HIV or opportunistic infections or the use of medications may be expected to contribute to the development of these episodes.

**Objective:** To examine the prevalence and factors associated with depressive episodes (DE) and manic /hypomanic episodes (MHE) in patients living with HIV/AIDS undergoing antiretroviral therapy.

**Method:** This is a cross-sectional study, with 320 patients treated at a Specialized Service Unit in Pelotas, RS-Brazil. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), Plus version was used for the assessment of depressive, manic and hypomanic episodes.

**Results:** The prevalence rates of depressive episodes and manic/hypomanic episodes throughout life were 54.1% and 18.8%, respectively. The factors associated with DE were being female ( $p = 0.001$ ), unemployed ( $p = 0.004$ ), receiving social welfare ( $p = 0.019$ ), and belonging to class D ( $p = 0.005$ ). In contrast, being single or divorced ( $p = 0.021$ ) was associated with MHE.

**Conclusion:** The prevalence rates of DE and MHE in patients with HIV/AIDS were higher when compared to those obtained in studies with other populations.

**Keywords:** HIV/AIDS, depressive episode, manic episode, hypomanic episode

## INTRODUÇÃO

Apesar dos avanços importantes no combate ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a Síndrome da Imunodeficiência (AIDS), o contágio segue como o principal desafio contra a epidemia, visto que o número de novos casos tem permanecido constante nos últimos anos. No mundo 1.8 milhões de pessoas foram recém-infectadas, e no Brasil 48 mil novas infecções pelo HIV foram registradas<sup>1</sup>. Estima-se que 37 milhões de pessoas estejam infectadas com HIV/AIDS no mundo, e no Brasil aproximadamente 827 mil pessoas vivem com HIV/AIDS<sup>2</sup>. Mais especificadamente, no ano de 2016, há registros de que na América Latina morreram 36 mil pessoas e no Brasil 14 mil por causa de doenças relacionadas à AIDS<sup>1</sup>.

A AIDS refere-se a uma doença resultante do contágio pelo vírus HIV, o vírus se reproduz no corpo humano nos linfócitos TCD4+, tornando o corpo mais suscetível a infecções por doenças oportunistas<sup>3,4</sup>. A imunologia dos indivíduos contaminados se torna baixa e dentre outros sintomas há ênfase nas complicações neuropsiquiátricas, de forma que, evidencia-se que o HIV é neurotrópico. Há registros de que 20% dos infectados, sofrem com sintomas neurológicos e neuropsiquiátricos, além disso, complicações neuropsiquiátricas ainda ocorrem em até 50% das pessoas com HIV, na maioria das vezes não diagnosticadas e não tratadas<sup>5,6</sup>.

Entre os transtornos psiquiátricos, os transtornos de humor (TH) em pessoas vivendo com HIV são bastante frequentes, podendo relacionar-se a diversos fatores: reação frente ao diagnóstico (medo da dor e da morte, e culpa), situação de vida frequentemente associadas ao diagnóstico da infecção (perda de emprego, amigos ou parentes, abandono, desestruturação familiar); risco maior de exposição ao HIV que alguns desses transtornos acarretam (abuso de drogas endovenosas, transtorno bipolar)<sup>7</sup>. De outra forma, os sintomas psiquiátricos podem resultar da própria infecção, seja pela ação do HIV no sistema nervoso central (SNC), seja pela ocorrência de doenças oportunistas, seja ainda pela ação de medicamentos utilizados no tratamento<sup>5,7</sup>.

De acordo com Nakimuli-Mpungu<sup>8</sup>, os TH são estimados a acontecer em quase metade dos infectados por HIV. Nesses TH, estão os episódios depressivos e os episódios maníacos/hipomaníacos diferenciando-se mania e hipomania pela intensidade dos sintomas que, por sua vez, vão ou não afetar o funcionamento em diversas áreas da vida<sup>9</sup>.

Um estudo realizado em Uganda na África do Sul encontrou prevalência de 46,4% de TH, sendo depressão subclínica 17,8%, depressão maior atual ou passada 25% e transtorno bipolar 3,6%<sup>9</sup>.

Ribeiro (2012)<sup>10</sup> relata que 50% dos pacientes com HIV apresentam algum transtorno psiquiátrico, sendo 2,6% a prevalência de transtorno bipolar nesta amostra.

Há poucos estudos sobre a prevalência de episódio depressivo, episódio maníaco/hipomaníaco em pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil. A maioria dos estudos de prevalência encontrados foram realizados com instrumentos de *screening*, como o Inventário de Depressão de Beck (BDI), que identificam sintomas, muitos deles autoaplicáveis, não obtendo o diagnóstico dos episódios depressivos e episódios maníacos/hipomaníacos. Sendo assim, a realização deste estudo foi um diferencial, já que foi utilizada uma entrevista diagnóstica padronizada que explora a presença de episódios depressivos e maníacos/hipomaníacos. O presente estudo verificou a prevalência e fatores associados a episódios depressivos e maníacos/hipomaníacos em pacientes vivendo com HIV/AIDS.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, tendo como população acessível pacientes vivendo com HIV/AIDS em uso de Terapia Antirretroviral. A amostra contou com 320 pacientes HIV/AIDS, de ambos os sexos. Utilizaram-se como critérios de inclusão: 1) apresentar diagnóstico de HIV/AIDS a pelo menos um ano; 2) estar em acompanhamento no SAE-Pelotas; 3) ter no mínimo 18 anos de idade; e 4) fazer uso de TARV a pelo menos um ano,

O instrumento de pesquisa contemplava questões como: sexo, cor da pele/etnia, reside em Pelotas, idade, escolaridade, situação conjugal, filhos, atividade laboral, benefícios do governo, comorbidades clínicas e adesão à TARV. Foram utilizados critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) para classificação econômica, essa é baseada no acúmulo de bens materiais e na escolaridade do chefe da família, classificando a população brasileira em seis estratos socioeconômicos denominados A, B1, B2, C1, C2 e DE<sup>11</sup>. Nesse estudo os pacientes foram classificados em três grupos: A+B, C, D/E. Para verificar a presença de Episódio Depressivo, Episódio Maníaco ou Hipomaníaco, utilizou-se a *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), versão Plus. Trata-se de uma entrevista diagnóstica breve, traduzida e adaptada para a população brasileira por Amorin<sup>12</sup>, baseada nos

critérios do DSM-IV e da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Foram utilizados os módulos da MINI Plus: A (episódio depressivo maior) e D (episódio Maníaco ou Hipomaníaco).

Os participantes foram convidados a participar do estudo no centro de referência no dia da consulta médica. Encaminhados à sala de atendimento, onde os pesquisadores explicavam os objetivos do estudo, obtinham a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e logo após aplicavam os instrumentos de pesquisa.

Após a coleta, os dados foram duplamente digitados no programa EpiData 3,1, em entrada de dados específica para este protocolo de pesquisa. Posteriormente, foram transferidos para o STATA 13, utilizado para as análises estatísticas. Na análise de dados, primeiramente, as características descritivas da amostra e prevalência dos episódios depressivos, episódios maníacos/hipomaníacos, foram descritos por frequências absoluta e relativa. Após, foi realizado o teste dos fatores associados à ED e EM/H através do Qui-Quadrado, o mesmo teste foi utilizado a fim de descrever a adesão a TARV entre os pacientes que vivem com HIV/AIDS. E, por fim, as variáveis com  $p$ -valor $<0,20$  na análise bruta foram incluídas em um modelo de análise ajustada por Regressão de Poisson, onde foram consideradas associações estatisticamente significativas para obter as razões de prevalência (RP) com intervalo de confiança de 95% (IC95%).

## RESULTADOS

A amostra foi composta por 320 pacientes vivendo com HIV/AIDS. Entre as características da amostra estudada, destacam-se a predominância do sexo feminino (55,9%), com idade média de 28,5 anos (DP=5.33), residentes em Pelotas (79,4%), brancos (61,4%), casados/com companheiro (41,2%), que possuem filhos (70,6%), com ensino fundamental incompleto (55,6%), que não possuem atividade laboral (50,9%), que não recebem Benefício do governo (51,4%) e pertencentes à classificação econômica C (47,6%) (Tabela 1).

Verificou-se uma prevalência de 54,6% de episódios depressivos e de 20,3% de episódios hipomaníacos/maníacos ao longo da vida (Tabela 1).

Na análise bruta, ser do sexo feminino ( $p=0,001$ ), não possuir atividade laboral ( $p=0,004$ ), possuir benefício do governo ( $p=0,019$ ) e pertencer à classificação econômica D ( $p=0,005$ ) estiveram associadas à maior prevalência de episódios depressivos. Enquanto, ser

solteiro/divorciado ( $p=0,021$ ) esteve associado à maior prevalência de episódios maníacos/hipomaníacos.

Na análise ajustada, história de episódio depressivo se mostrou associado ao sexo, sendo que as mulheres têm maior probabilidade de apresentar o desfecho ( $RR=1,44$ ;  $IC95\%$  1,15-1,79). O desfecho episódio maníaco apresentou associação apenas na variável, situação conjugal. Os indivíduos separados ou divorciados tiveram uma proteção em relação aos solteiros ( $RP=0,22$ ;  $IC95\%$  0,07 a 0,71) (tabela 3).

## DISCUSSÃO

As prevalências de episódios depressivos e episódios maníacos/hipomaníacos em pacientes vivendo com HIV/AIDS do serviço de atendimento especializado de Pelotas/RS foram de 54,1% e 20,3%, respectivamente. Estudos apontam que os transtornos mentais mais frequentes em indivíduos infectados pelo vírus HIV são os transtornos de humor<sup>13</sup>.

Os resultados permitiram verificar que a prevalência de ED nos indivíduos com HIV/AIDS foi alta, quando analisada a prevalência de ED na população em geral Brasileira, que está em torno de 6% a 15%. Em amostras com pacientes HIV, os resultados encontrados por Silva<sup>14</sup> corroboram com os achados desta pesquisa, uma vez que ele encontrou prevalência de 34,4% em uma amostra HIV, quando avaliado através do *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). Já estudo de Tesfaw<sup>15</sup> e DeLorenze<sup>16</sup> encontraram prevalência de 41,2% e 81,1%, respectivamente, nesta população. Os sintomas depressivos influenciam as taxas de declínio das contagens de células CD4+ (um dos marcadores de progressão da doença) e aumenta a carga viral plasmática<sup>17</sup>. Assim, a depressão está ligada a alterações na função imunológica, impactando a evolução da infecção pelo HIV<sup>2</sup>.

Destacam-se como fator associado à depressão em pacientes com HIV/AIDS: ser do sexo feminino e apresentar maior vulnerabilidade social. Entre os fatores associados à depressão em pessoas com HIV/AIDS, outros estudos também verificaram a relação com o sexo feminino<sup>15,18,19</sup>. Bem como, já descrito na população geral<sup>9</sup>. Estudos colocam que a vulnerabilidade social pode ser um fator significativo e relevante na explicação do aumento dos transtornos do humor, pois eles estão associados a condições sociais, levando a desenvolver um sentimento de desesperança e depressão. Sabe-se que quanto maior a desigualdade social de um país, maior será a repercussão na qualidade de vida, consequentemente na saúde, do sujeito e da sociedade<sup>20</sup>.

A prevalência de episódios maníacos/hipomaníacos foi elevada na população estudada quando comparados à população geral. Na população geral, estima-se uma prevalência de 2,4% a 15,1% de EM/H, ao longo da vida<sup>21</sup>, quando o achado neste estudo foi de 20,3%. Corroboram os achados de estudo realizado em São Paulo, com (N=1464) encontrou prevalência de 8,3% de EM/H ao longo da vida<sup>22</sup>. Já um estudo realizado na cidade de Pelotas/Brasil, utilizando como instrumento o Mini International Neuropsychiatric Interview (*MINI*) encontrou prevalência de EM de 7,5% e EH 5,3% em população de jovens ao longo da vida<sup>23</sup>. Outros estudos realizados nos EUA, Europa e Ásia, ambos utilizando como instrumento de pesquisa, a *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI), encontraram prevalência de EM/H ao longo da vida de 3,8%<sup>24</sup> e 4,5%<sup>25</sup>.

Ao estudar a população com HIV/AIDS e os Episódios Maníacos/Hipomaníacos, percebe-se que ocorrem em taxas muito mais altas do que seria esperado na população geral. Corroboram os achados de estudo, realizado utilizando como instrumento Young Mania Rating Scale (YMRS), Beck Depression Inventory-II, (BDI) e CIDI, encontrou prevalência de 27% de episódio atual de mania/hipomania em pacientes HIV<sup>6</sup>. Outro estudo de coorte, utilizando para avaliação a Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID), YMRS e BDI, encontrou prevalência de 25% de episódio maníaco/hipomaníaco em pacientes HIV/AIDS<sup>27</sup>. A infecção pelo HIV, parece ser prevalente entre pessoas com EM/H, o que deve ser avaliado pelos profissionais de saúde, sabendo que segundo DSM V, apenas um episódio maníaco na vida é necessário para o diagnóstico de TB<sup>28,9</sup>. Encontrou-se em estudo, que pacientes com TB eram propensos a desenvolver Infecções Sexualmente Transmissíveis (RR=1,67 IC95%: 1,27-2,18) especialmente o HIV (HR: 3,59; IC95%: 1,16-11,08)<sup>29</sup>.

Entre os fatores associados a episódio maníaco/hipomaníaco apenas ser solteiro ou divorciado se mostrou associado. Estudo revela que o número de divórcios entre pessoas com transtorno bipolar é aproximadamente de duas a três vezes maiores quando comparada à de indivíduos não portadores da doença<sup>30</sup>.

Os resultados aqui encontrados, assim como de outros estudos, demonstram que a depressão tem sido o transtorno psiquiátrico que mais acomete pessoas que vivem com HIV/AIDS. Portanto, se faz necessário desenvolver, nos serviços de referência, processos de triagem de saúde mental, possibilitando não somente o tratamento medicamentoso, mas também a identificação do perfil do paciente de outras patologias associadas ao diagnóstico. Desse modo, será possível realizar ações de prevenção, principalmente com indivíduos do sexo feminino e em situação de vulnerabilidade social.

Estes achados devem ser considerados a partir de algumas limitações. A maior desvantagem deste estudo se refere à amostragem não probabilística, uma vez que esta não garante a representatividade da amostra. Além disso, ao considerar-se que os dados são provenientes de uma amostra ambulatorial, na qual os sujeitos estavam em uso de terapia antirretroviral, a prevalência dos transtornos pode estar subestimada, podendo esta, ser ainda maior em pacientes HIV que não estão em acompanhamento especializado. No entanto, este estudo traz como potencialidade o uso da MINI Plus, por se tratar de uma entrevista clínica diagnóstica, enquanto a maioria dos estudos utiliza medidas de *screening* para a avaliação de transtornos de humor.

Este estudo permitiu identificar a prevalência de Episódios Depressivos e Episódios Maníacos/Hipomaníacos ao longo da vida em pacientes vivendo com HIV/AIDS. Estes dados são relevantes, para os serviços especializados de Saúde Pública, pois as prevalências foram bastante elevadas. Dessa forma, recomenda-se a necessidade de atenção dos profissionais de saúde para a identificação dos transtornos de humor entre a população HIV/AIDS.

## REFERÊNCIAS

1. UNAIDS Brasil. *Relatório Global da UNAIDS 2017*. Disponível em: <<https://unaid.org.br/tag/relatorio-unaid-2017>>. Acesso em: 10 mar. 2018.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis* /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
3. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*. Relatório mundial. Brasília: Organização Mundial de Saúde; 2010.
4. Lima BAS, Cecilio JFL, Bonafé, SM. *Aids: uma visão geral*. VIII EPC Encontro Internacional de Produção Científica, 22 a 25 de Outubro Maringá/Paraná. Disponível em: <[http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2013/oit\\_mostra/Jorge\\_Felipe\\_Lopoch\\_Cecilio.pdf](http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2013/oit_mostra/Jorge_Felipe_Lopoch_Cecilio.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2018.
5. Pinho, CSN. *Transtornos mentais em pacientes portadores de HIV: um estudo de prevalência e fatores associados*. 2015. 98 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.
6. Olisah VO. *Neuropsychiatric manifestations of hiv infection and aids*. In: Dumais, N.(Ed.). HIV AND AIDS – updates on biology, immunology, epidemiology and

- treatment strategies. Rijeka: Teodora sm, 2011. Disponível em: <<http://cdn.intechopen.com/pdfs-wm/22346.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2018.
7. Camargo LA, Capitão CG, Filipe EMV. *Saúde mental suporte familiar e adesão ao tratamento: associação no contexto HIV/Aids*. Revista Psico-USF, Bragança Paulista, v.19, n.2, p.221-232, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v19n2/a05v19n2.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2018.
  8. Nakimuli-Mpungu E, Musisi S, Katabira E, Nachega J, Bass J. *Prevalence and factors associated with depressive disorders in an HIV+ rural patient population in southern Uganda*. *J Affect Disord*. 2011 Dec; 135(1-3): 160–167. Published online 2011 Aug 17. doi: 10.1016/j.jad.2011.07.009
  9. American Psychiatry Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5*. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.
  10. Ribeiro CMF, et al. *Is bipolar disorder a risk factor for HIV infection?* *Journal of Affective Disorders*, v. 146, n. 1, p. 66–70, 2012.
  11. Seidl EMF, Melchhiades A, Farias V and Brito A. *Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral*. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.23, n.10, pp.2305-2316. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000006>>. Acesso em: 10 mar. 2018.
  12. Amorim P. *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview*. *Rev Bras Psiquiatr* 2000; 22(3):106-15.
  13. Ciesla JA, Roberts JE. *Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders*. *Am J Psychiatry*, 158:725-30, 2001.
  14. Silva S. *Prevalência de indicativo de ansiedade e depressão em pacientes HIV/AIDS*. Dissertação (Mestrado em Saúde e Comportamento) Universidade Católica de Pelotas, 2015.
  15. Tesfaw G, Ayano G, Awoke T, Assefa D, Birhanu Z, Miheretie G, & Abebe, G. (2016). *Prevalence and correlates of depression and anxiety among patients with HIV on-follow up at Alert Hospital, Addis Ababa, Ethiopia*. *BMC Psychiatry*, 16, 368. <http://doi.org/10.1186/s12888-016-1037-9>
  16. Delorenze GN, Satre DD, Quesenberry CP, Tsai AL, Weisner CM. *Mortality After Diagnosis of Psychiatric Disorders and Co-Occurring Substance Use Disorders Among HIV-Infected Patients*. *AIDS Patient Care and STDs*. 2010;24(11):705-712. doi:10.1089/apc.2010.0139.
  17. Rivera-Rivera Y, Vázquez-Santiago F. J, Albino E, Sánchez M. del C, & Rivera-Amill V. (2016). *Impact of Depression and Inflammation on the Progression of HIV Disease*. *Journal of Clinical & Cellular Immunology*, 7(3), 423. Disponível em: <<http://doi.org/10.4172/2155-9899.1000423>>. Acesso em: 10 mar. 2018.
  18. Mello VA, Malbergier A. *Depression in women infected with HIV*. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006; 38(1):10-7.
  19. Antunes R. *Os sentidos do trabalho*. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 5. ed. São Paulo: Boitempo, 2001.
  20. Botti NCL et al. *Prevalência de depressão entre homens adultos em situação de rua em Belo Horizonte*. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro , v. 59, n. 1, p. 10-16, 2010.

- Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852010000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000100002&lng=en&nrm=iso)>. access on 17 July 2018.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000100002>.
21. Dell'aglio jr. JC, Basso LA, Argimon II de L and Arteche A. Systematic review of the prevalence of bipolar disorder and bipolar spectrum disorders in population-based studies. *Trends Psychiatry Psychother.* [online]. 2013, vol.35, n.2, pp.99-105. ISSN 2237-6089. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S2237-60892013000200002>>. Acesso em: 10 mar. 2018.
  22. Moreno DH, Andrade LH. *The lifetime prevalence, health services utilization and risk of suicide of bipolar spectrum subjects, including subthreshold categories in the São Paulo ECA study.* *J Affect Disord.* 2005;87:231-41.
  23. Jansen K, Ores LC, Cardoso T, Lima RC, Souza LD, Magalhães PV, et al. *Prevalence of episodes of mania and hypomania and associated comorbidities among young adults.* *J Affect Disord.* 2011;130:328-33.
  24. Merikangas KR1, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, Sampson NA, Viana MC, Andrade LH, Hu C, Karam EG, Ladea M, Medina-Mora ME, Ono Y, Posada-Villa J, Sagar R, Wells JE, Zarkov Z. *Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative.* *Send to Arch Gen Psychiatry.* 2011 Mar;68(3):241-51. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.12
  25. Merikangas KR1, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, Kessler RC. *Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication.* *Arch Gen Psychiatry.* 2007 Sep;64(9):1039
  26. Moore DJ, et al. *Risk for cognitive impairment among HIV-infected persons with bipolar disorder.* *Dialogues Clin Neurosci.* 2008 Jun; 10(2): 256–260.
  27. Moore DJ, et al. *HIV-infected individuals with co-occurring bipolar disorder evidence poor antiretroviral and psychiatric medication adherence.* *AIDS and Behavior,* v. 16, n. 8, p.2257–2266, 2012.
  28. Dubovsky SL, Dubovsky AN. *Transtornos Secundários do Humor.* In: Dubovsky, S.L. & Dubovsky, A.N. *Transtornos do Humor.* Porto Alegre:Artmed, 2004.
  29. Chen Ling-Yi Wang, Jen-Huai Chiang, Yu-Chih Shen. *Bipolar disorder is associated with an increased risk of sexually transmitted infections: A nationwide population-based cohort study Sexually Transmitted Diseases,* 2018. Ahead of Print DOI: 10.1097/OLQ.0000000000000863
  30. Moreno RA, Moreno DH, Soares MBM, Ratzke R. *Anticonvulsants and antipsychotics in the treatment of Bipolar Disorder.* *Rev Bras Psiquiatr.* 2004;26 Supl 3:37-43.

**Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas, econômicas e prevalência de Episódios depressivos e episódios maníacos/hipomaníacos em pacientes vivendo com HIV/AIDS em terapia antirretroviral. Pelotas/RS 2017**

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	179	55,9
Masculino	141	44,1
<b>Cor da pele *</b>		
Branco	196	61,4
Pardo	36	11,3
Negro	87	17,3
<b>Mora em Pelotas</b>		
Não	66	20,6
Sim	254	79,4
<b>Idade</b>		
18-39 anos	115	35,9
40-49 anos	95	29,7
50 ou mais	110	34,4
<b>Escolaridade</b>		
0-7 anos	178	55,6
8-10 anos	56	17,5
11 anos	57	17,8
12-20 anos	29	9,1
<b>Situação conjugal</b>		
Solteiro	111	34,7
Casado, com companheiro	132	41,2
Separado, divorciado	77	24,1
<b>Filhos</b>		
Não	94	29,4
Sim	226	70,6
<b>Atividade laboral</b>		
Não	163	50,9
Estuda ou trabalha	157	49,1
<b>Benefício do governo *</b>		
Não	164	51,4
Sim	155	48,6
<b>Classificação econômica *</b>		
A/B	42	13,3
C	151	47,6
D	124	39,1
<b>Adesão a terapia antirretroviral</b>		
Não	60	18,8
Sim	260	81,2

\*variáveis com missing

**Tabela 2 - A associação entre episódios depressivos, maníacos/hipomaníacos e variáveis sociodemográficas, econômicas e adesão ao tratamento em pacientes vivendo com HIV/AIDS em terapia antirretroviral. Pelotas/RS 2017**

Variáveis	Episódio depressivo maior		Episódio maníaco/ hipomaníaco	
	Sim N (%)	p	Sim N (%)	p
<b>Sexo</b>		0,001		0,928
Feminino	112 (62,6)		35 (19,5)	
Masculino	61 (43,3)		27 (19,1)	
<b>Cor da pele *</b>		0,860		0,594
Branco	104 (53,1)		41 (20,9)	
Pardo	20 (55,6)		5 (13,9)	
Negro	49 (56,3)		16 (18,4)	
<b>Mora em Pelotas</b>		0,640		0,672
Sim	139 (54,7)		48 (18,9)	
<b>Idade</b>		0,790		0,059
18-39 anos	60 (52,2)		28 (24,3)	
40-49 anos	54 (56,8)		17 (18,0)	
50 ou mais	59 (53,6)		17 (15,4)	
<b>Escolaridade</b>		0,120		0,068
0-7 anos	102 (57,3)		32 (18,0)	
8-10 anos	26 (46,4)		11 (19,6)	
11 anos	34 (59,6)		11 (19,3)	
12-20 anos	11 (37,9)		8 (27,6)	
<b>Situação conjugal</b>		0,024		0,021
Solteiro	58 (52,2)		28 (25,2)	
Casado, com companheiro	67 (50,8)		27 (20,4)	
Separado, divorciado	48 (62,3)		7 (9,1)	
<b>Filhos</b>		0,023		0,137
Sim	127 (56,2)		39 (17,3)	
<b>Atividade laboral</b>		0,004		0,211
Não	101 (62,0)		36 (22,1)	
Estuda ou trabalha	72 (46,9)		26 (16,6)	
<b>Benefício do governo*</b>		0,019		0,214
Sim	94 (60,6)		34 (21,9)	
<b>Classificação econômica*</b>		0,005		0,771
A/B	23 (54,8)		9 (21,4)	
C	69 (45,7)		27 (17,9)	
D	81 (65,3)		26 (21,0)	
<b>Adesão a terapia antirretroviral</b>		0,011		0,051
Sim	135 (51,9)		45 (17,3)	

**Tabela 3 - Distribuição de episódios depressivos, maníacos/hipomaníacos em relação a todas as variáveis independentes do estudo, sociodemográficos, econômicas e adesão ao tratamento em pacientes vivendo com HIV/AIDS em terapia antirretroviral. Pelotas/2017.**

Variáveis	Episódio depressivo maior		Episódio maníaco/ hipomaníaco	
	RP (IC 95%)	Valor p	RP (IC 95%)	Valor p
<b>Sexo</b>		0,001		0,443
Feminino	1,44 (1,15-1,79)		1,19 (0,77-1,84)	
Masculino	1		1	
<b>Cor da pele</b>		0,945		0,461
Branco	1,01 (0,80-1,28)		1,23 (0,74-2,07)	
Pardo	0,96 (0,69-1,32)		0,77 (0,31-1,93)	
Negro	1		1	
<b>Mora em Pelotas</b>		0,8		0,569
Não	0,97 (0,75-1,26)		1,18 (0,68-2,08)	
Sim	1		1	
<b>Idade</b>		0,509*		0,400*
18-39 anos	1,09 (0,84-1,40)		1,30 (0,69-2,44)	
40-49 anos	1,10 (0,87-1,41)		1,08 (0,55-2,13)	
50 ou mais	1		1	
<b>Escolaridade</b>		0,841*		0,193*
0-7 anos	1,31 (0,78-2,17)		0,65 (0,34-1,24)	
8-10 anos	1,28 (0,70-2,11)		0,70 (0,33-1,50)	
11 anos	1,61 (0,96-2,71)		0,72 (0,34-1,55)	
12-20 anos	1		1	
<b>Situação conjugal</b>		0,590		0,024
Solteiro	1		1	
Casado, com companheiro	0,96 (0,75-1,22)		0,81 (0,51-1,29)	
Separado, divorciado	1,10 (0,85-1,42)		0,39 (0,16-0,74)	
<b>Filhos</b>		0,622		0,453
Não	1		1	
Sim	0,93 (0,70-1,24)		0,81 (0,47-1,39)	
<b>Atividade laboral</b>		0,012		0,552

Não	1,30 (1,06-1,60)	1,17 (0,70-1,97)	
Estuda ou trabalha	1	1	
<b>Benefício do governo</b>		0,225	0,043
Não	1	1	
Sim	1,14 (0,92-1,42)	1,58 (1,01-2,48)	
<b>Classificação econômica</b>		0,280*	0,337*
A/B	1	1	
C	0,77 (0,57-1,09)	1,04 (0,52-2,10)	
D	1,02 (0,74-1,39)	1,34 (0,63-2,87)	
<b>Adesão a terapia antirretroviral</b>		0,073	0,060
Não	1,23 (0,98-1,55)	1,57 (0,98-2,49)	
Sim	1	1	

**ANEXOS**

## ANEXO A: Consentimento Livre e Esclarecido

### UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### Informações sobre o estudo ao participante

Antes de participar deste estudo, gostaríamos que você tomasse conhecimento do que ele envolve. Damos abaixo alguns esclarecimentos sobre dúvidas que você possa ter.

#### Qual é o objetivo da pesquisa?

Com este estudo buscamos compreender quais são os fatores envolvidos na não adesão à terapia antirretroviral (TARV), dos pacientes que consultam no SAE/PELOTAS; determinar as dificuldades que os pacientes apresentam em tomar a medicação; verificar se existem problemas relacionados aos efeitos colaterais que estão impedindo a não tomada correta dos antirretrovirais e com isso atrapalham na qualidade de vida do paciente e em sua saúde tanto física como mental.

#### Como o estudo será realizado?

O estudo será realizado através de um questionário padronizado que será aplicado pelos pesquisadores da área da saúde, previamente treinados para tal função, não comprometendo a sua participação.

#### Existem riscos em participar?

Não haverá nenhum risco em participar do estudo. O sigilo será totalmente resguardado, não havendo nenhuma forma de identificação de quem participar do estudo.

#### Itens importantes:

Você tem a liberdade de desistir do estudo a qualquer momento, sem fornecer qualquer motivo ou explicação. Sua atitude em desistir do estudo, de maneira alguma irá influenciar na qualidade de seu atendimento no nosso serviço.

#### O que eu ganho com este estudo?

Sua colaboração neste estudo pode ajudar a aumentar o nosso conhecimento sobre fatores relacionados a não adesão ao tratamento antirretroviral, fornecendo um enorme auxílio aos profissionais que trabalham no nosso serviço e também para outros centros que atendam pacientes com infecção pelo HIV/AIDS, que de conhecimento desses fatores, possam ser implementadas medidas que poderão eventualmente beneficiar você ou outras pessoas.

#### Quais são os meus direitos?

Os resultados deste estudo poderão ser publicados em jornais científicos ou submetidos à autoridade de saúde competente, mas você não será identificado e o sigilo será mantido. Sua participação neste estudo é totalmente voluntária.

#### DECLARAÇÃO:

Eu,.....declaro que:

1. Concordo total e voluntariamente em fazer parte deste estudo.
2. Recebi uma explicação completa do objetivo do estudo, dos procedimentos envolvidos e o que se espera de mim. O pesquisador me explicou os possíveis problemas que podem surgir em consequência da minha participação neste estudo.
3. Informe-i o pesquisador sobre medicamentos que estou tomando.
4. Concordo em cooperar inteiramente com o pesquisador supervisor.
5. Estou ciente de que tenho total liberdade de desistir do estudo a qualquer momento e que esta desistência não irá, de forma alguma, afetar meu tratamento ou acompanhamento médica futuro.
6. Estou ciente de que a informação nos meus registros médicos é essencial para a avaliação dos resultados do estudo. Concordo em liberar esta informação sob o entendimento de que ela será tratada confidencialmente.
7. Estou ciente de que não serei referido por nome em qualquer relatório relacionado a este estudo. Da minha parte, não devo restringir, de forma alguma, os resultados que possam surgir neste estudo.

Assinatura do Paciente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Assinatura do Pesquisador: \_\_\_\_\_

Para maiores informações entre em contato com Lúcia Real ou Karen Jansen pelos telefones: 53 99823132 / 53 91489066

PPG em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas - Fone: 53 21288404

## ANEXO B: Comprovante de aceitação do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** HIV/AIDS: Adesão e manutenção do tratamento com antirretrovirais

**Pesquisador:** Lúcia Helena Gonzales Real

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 37592114.9.0000.5339

**Instituição Proponente:** Sociedade Pelotense de Assistência e Cultura (SPAC)

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.330.026

**Apresentação do Projeto:**

Aprovado.

**Objetivo da Pesquisa:**

Aprovado.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Aprovado.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Aprovado.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Nenhuma consideração pertinente.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Endereço:** Rua Felix da Cunha, 412

**Bairro:** Centro

**CEP:** 96.010-000

**UF:** RS

**Município:** PELOTAS

**Telefone:** (53)2128-8023

**Fax:** (53)2128-8298

**E-mail:** cep@ucpel.tche.br



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE  
PELOTAS - UCPEL



Continuação do Parecer: 1.330.026

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Termo_de_consentimento.pdf	12/11/2015 13:56:19	Sandra Regina Maurense da Fonseca	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_599658_E1.pdf	11/11/2015 16:56:08		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento.doc	11/11/2015 16:50:33	Karen Jansen	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Lucia_final.pdf	11/11/2015 16:25:21	Karen Jansen	Aceito
Outros	Currículo do Sistema de ...s Lattes (Karen Jansen).pdf	20/08/2014 21:31:20		Aceito
Outros	Currículo do Sistema de ...Alam de Souza Lhullier).pdf	20/08/2014 21:29:14		Aceito
Outros	Currículo do Sistema de ...a Helena Gonzales Real).pdf	20/08/2014 21:28:34		Aceito
Outros	Currículo do Sistema de ...o Dias de Mattos Souza).pdf	20/08/2014 21:26:39		Aceito
Outros	Doc - 01-08-14 15-14.pdf	05/08/2014 14:28:48		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Doc - 01-08-14 15-13.pdf	05/08/2014 14:27:50		Aceito
Outros	Doc - 01-08-14 15-12 (1).pdf	05/08/2014 14:26:09		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Lucia.pdf	17/06/2014 14:21:19		Aceito
Outros	Lucia Real - Apresentação.pdf	17/06/2014 14:16:24		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto HIV Lucia Sandra Karen Luciano.pdf	17/06/2014 14:14:41		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Rua Felix da Cunha, 412

**Bairro:** Centro

**CEP:** 96.010-000

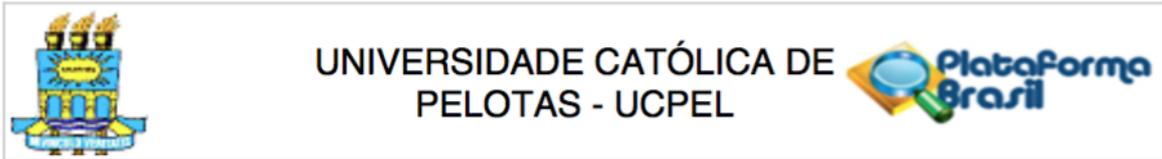
**UF:** RS

**Município:** PELOTAS

**Telefone:** (53)2128-8023

**Fax:** (53)2128-8298

**E-mail:** cep@ucpel.tche.br



Continuação do Parecer: 1.330.026

PELOTAS, 19 de Novembro de 2015

---

**Assinado por:**  
**RICARDO AZEVEDO DA SILVA**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Felix da Cunha, 412  
**Bairro:** Centro **CEP:** 96.010-000  
**UF:** RS **Município:** PELOTAS  
**Telefone:** (53)2128-8023 **Fax:** (53)2128-8298 **E-mail:** cep@ucpel.tche.br

## ANEXO C: Questionário

Universidade Católica de Pelotas  
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento  
**Pesquisa sobre adesão à terapia antirretroviral**

Número do prontuário: _____	Número do questionário: _____
Entrevistador: _____	Data: ____/____/2016
Telefones atuais: _____	

→ *Essa primeira parte do questionário se propõe a conhecer a sua situação econômica e social.*

### Sexo:

(1) feminino (2) masculino

### Cor da pele/etnia:

(1) branco (2) pardo (3) negro (4) amarela (5) indígena

**Você reside (mora) em Pelotas?** (0) não (1) sim

SE NÃO: Qual a cidade que você mora? \_\_\_\_\_

**Quantos anos você tem?** \_\_\_\_ anos

**Quantos anos você completou na escola?** \_\_\_\_ anos

### Qual a sua situação conjugal?

(1) solteiro (2) casado/vive com companheiro (a) (3) separado, divorciado ou viúvo

### Você tem filhos?

(0) não (1) sim. SE SIM: Quantos filhos você tem? \_\_\_\_ filhos

**Você tem alguma atividade laboral?** (0) não (1) estuda e/ou trabalha

**Você tem algum benefício financeiro do governo?** (0) não (1) sim

*Agora eu vou te dizer alguns bens de consumo e gostaria que você me informasse se os possui e quantos possui.*

Banheiros (00) não ( ) sim. Quantos? \_\_\_\_

Empregados domésticos (00) não ( ) sim. Quantos? \_\_\_\_

Automóveis (00) não ( ) sim. Quantos? \_\_\_\_

Microcomputador (00) não ( ) sim. Quantos? \_\_\_\_

Lava louca (00) não ( ) sim. Quantos? \_\_\_\_

Geladeira (00) não ( ) sim. Quantos? \_\_\_\_

Freezer (00) não ( ) sim. Quantos? \_\_\_\_

Lava roupa (00) não ( ) sim. Quantos? \_\_\_\_

DVD (00) não ( ) sim. Quantos? \_\_\_\_

Micro-ondas (00) não ( ) sim. Quantos? \_\_\_\_

Motocicleta (00) não ( ) sim. Quantos? \_\_\_\_

Secadora roupa (00) não ( ) sim. Quantos? \_\_\_\_

### Qual a escolaridade do chefe de família?

(0) Analfabeto / Fundamental I incompleto

(1) Fundamental I completo / Fundamental II incompleto

(2) Fundamental II completo / Médio incompleto

(4) Médio completo / Superior incompleto

(7) Superior completo

**Você tem água encanada em casa?** (0) não (1) sim

**A sua rua é pavimentada (calçada)?** (0) não (1) sim

→ *Agora vou lhe fazer perguntas sobre sua saúde e cuidados de saúde durante os últimos três meses.*

**A. Nos últimos três meses você recebeu cuidados médicos?** (0) não (1) sim

**B. SE SIM: Responda às perguntas a seguir de acordo com cuidados recebidos nos últimos três meses:**

	NENHUM	Se >16, indique o número				
	0	1-2	3-5	6-10	11-16	>16
1. QUANTOS DIAS você ficou de cama por não se sentir bem?	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. QUANTOS DIAS você reduziu suas	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

sexo \_\_\_\_  
pele \_\_\_\_  
Pelotas \_\_\_\_  
Outra cidade \_\_\_\_  
idade \_\_\_\_  
escol \_\_\_\_  
sitconj \_\_\_\_  
filhos \_\_\_\_  
nfilhos \_\_\_\_  
ativlab \_\_\_\_  
benefício \_\_\_\_  
banh \_\_\_\_  
empre \_\_\_\_  
auto \_\_\_\_  
comp \_\_\_\_  
lavlouca \_\_\_\_  
gelad \_\_\_\_  
freez \_\_\_\_  
lavroupa \_\_\_\_  
dvd \_\_\_\_  
microond \_\_\_\_  
moto \_\_\_\_  
secaroupa \_\_\_\_  
escolchef \_\_\_\_  
aguaenc \_\_\_\_  
ruapavi \_\_\_\_  
saudea \_\_\_\_  
saudeb1 \_\_\_\_  
saudeb2 \_\_\_\_  
saudeb3 \_\_\_\_  
saudeb4 \_\_\_\_  
saudec \_\_\_\_  
sauded \_\_\_\_  
hivdiaga \_\_\_\_  
hivdiagm \_\_\_\_  
tvertic \_\_\_\_  
transfs \_\_\_\_  
tdrogas \_\_\_\_  
thomo \_\_\_\_  
thete \_\_\_\_  
tbis \_\_\_\_  
hivmed \_\_\_\_  
hivtrata \_\_\_\_  
hivtratm \_\_\_\_  
hivnmed \_\_\_\_  
qdonmed \_\_\_\_  
ult4d \_\_\_\_



	__ doses	__ doses	__ doses	__ doses	__ __ doses
--	----------	----------	----------	----------	-------------

**Quando foi a última vez que você deixou de tomar algum dos seus medicamentos?**

- (5) Durante a semana passada  
 (4) 1-2 semanas atrás  
 (3) 2-4 semanas atrás  
 (2) 1-3 meses atrás  
 (1) Mais de 3 meses atrás  
 (0) Nunca deixou de tomar a medicação

**Nos últimos 4 dias, por quantos dias você deixou de tomar algum dos seus comprimidos? \_\_ dias**

**Algumas pessoas tendem a deixar de tomar seus comprimidos nos finais de semana. Você deixou de tomar alguma medicação no último sábado ou domingo?** (0) não (1) sim

**Nos últimos três meses, você deixou de tomar algum dos seus comprimidos?** (0) não (1) sim

*Tomar os medicamentos todos os dias não é tarefa simples, por isso é comum as pessoas pularem algumas doses. Estamos tentando entender as razões por trás das dificuldades em tomar os medicamentos para podermos criar meios que facilitem às pessoas tomarem os medicamentos diariamente. Nos últimos três meses, o que impediu você de tomar seus medicamentos todos os dias?*

(0) Nunca

(1) Raramente

(2) Às vezes

(3) Frequentemente

1. Os efeitos colaterais me deixam com náusea (enjoo)	0	1	2	3	adesão1 __
2. É difícil seguir dietas restritas (tomar medicamento com ou sem alimento)	0	1	2	3	adesão2 __
3. Necessidade de compartilhar ART com parentes e amigos	0	1	2	3	adesão3 __
4. Não entender como tomar o medicamento	0	1	2	3	adesão4 __
5. Motivos religiosos	0	1	2	3	adesão5 __
6. Viajar longe de casa	0	1	2	3	adesão6 __
7. Problemas com transporte para ir à farmácia para obter mais medicamento	0	1	2	3	adesão7 __
8. Perda, dano ou roubo dos comprimidos	0	1	2	3	adesão8 __
9. É difícil tomar tantos comprimidos	0	1	2	3	adesão9 __
10. Estou cansado de tomar comprimidos todos os dias	0	1	2	3	adesão10 __
11. Lembrar-me de tomar os comprimidos todos os dias	0	1	2	3	adesão11 __
12. Estou ocupado cuidando do meu bebê	0	1	2	3	adesão12 __
13. Estou ocupado com outras coisas (tarefas domésticas, cuidar dos filhos mais velhos, trabalhar)	0	1	2	3	adesão13 __
14. Outros problemas de saúde ou doença interferem	0	1	2	3	adesão14 __
15. Medo ou preocupação que outras pessoas dentro de casa descubram que estou doente	0	1	2	3	adesão15 __
16. Medo ou preocupação que outras pessoas fora de casa descubram que estou doente	0	1	2	3	adesão16 __
17. Não me sinto doente, por isso é difícil tomar os comprimidos todos os dias	0	1	2	3	adesão17 __
18. Não acho que os comprimidos funcionem e prefiro outros tipos de tratamentos alternativos	0	1	2	3	Adesão18 __
19. Acho que não preciso dos comprimidos agora porque a contagem de células CD4 T é alta (meu sistema imunológico está forte)	0	1	2	3	adesão19 __
20. Se alguém me visse tomando comprimidos, começariam a fazer perguntas	0	1	2	3	adesão20 __
<b>21. De todas as alternativas acima, qual a PRINCIPAL razão da dificuldade de tomar medicamentos todos os dias? alternativa número __ __</b>					adesão21 __ __

**Você revelou ao seu parceiro sexual fixo que está infectado com o HIV?**

(0) não (1) sim (8) não tenho parceiro fixo

**Você revelou sua condição de HIV a algum dos seguintes (além do parceiro fixo)?**

Pai	(0) não	(1) sim	(8) não se aplica
Mãe	(0) não	(1) sim	(8) não se aplica
Irmãos	(0) não	(1) sim	(8) não se aplica
Filhos	(0) não	(1) sim	(8) não se aplica
Outros parentes	(0) não	(1) sim	(8) não se aplica
Um ou mais amigos	(0) não	(1) sim	(8) não se aplica
Líder religioso	(0) não	(1) sim	(8) não se aplica
Terapeuta	(0) não	(1) sim	(8) não se aplica
Não revelei a ninguém	(0) não	(1) sim	(8) não se aplica

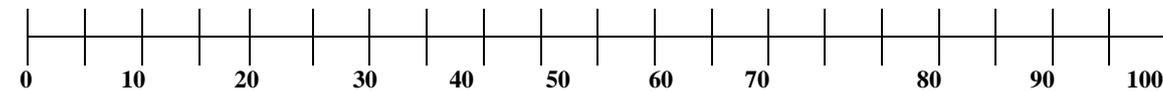
Outro, Especifique: \_\_\_\_\_

**A dificuldade de contar às pessoas que está infectado com o HIV (revelar que está infectado pelo HIV a familiares e amigos) complica tomar diariamente os medicamentos para o HIV?**

- (0) não  
 (1) sim, mas raramente.  
 (2) sim, às vezes.  
 (3) sim, a maioria das vezes.  
 (4) sim, todo o tempo.

**Desejamos saber a quantidade de medicamentos Anti-HIV que você tomou no mês passado.**

Marque com um X na régua abaixo:



Exemplo:

0% significa que você não tomou nenhum de seus medicamentos Anti-HIV50% significa que você tomou a metade de seus medicamentos Anti-HIV100% significa que você tomou todos os seus medicamentos Anti-HIV**→ Agora vou lhe perguntar sobre algumas doenças que você pode ter tido em decorrência do HIV.****Você tem alguma destas doenças crônicas?**

Diabetes Mellitus	(0) não	(1) sim	(9) não sabe
Hipertensão Arterial	(0) não	(1) sim	(9) não sabe
Dislipidemia	(0) não	(1) sim	(9) não sabe
Hepatite C	(0) não	(1) sim	(9) não sabe
Hepatite B	(0) não	(1) sim	(9) não sabe
Doença renal crônica	(0) não	(1) sim	(9) não sabe
Doença pulmonar crônica	(0) não	(1) sim	(9) não sabe

Outra, especifique: \_\_\_\_\_

**No último mês você fez tratamento medicamentoso para alguma doença além do HIV?**

(0) não (1) sim

SE SIM: Quais medicamentos você utilizou?

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

**Você teve alguma destas intercorrências relacionadas ao HIV?**

Toxoplasmose	(0) não	(1) sim	(9) não sabe
Pneumocistose	(0) não	(1) sim	(9) não sabe
Meningite Criptocócica	(0) não	(1) sim	(9) não sabe
Sarcoma de kaposi	(0) não	(1) sim	(9) não sabe
Tuberculose Pulmonar	(0) não	(1) sim	(9) não sabe
Tuberculose Extra pulmonar	(0) não	(1) sim	(9) não sabe
Histoplasmose	(0) não	(1) sim	(9) não sabe
Linfoma não Hodgkin	(0) não	(1) sim	(9) não sabe
Linfoma SNC	(0) não	(1) sim	(9) não sabe
Candidíase Esofágica	(0) não	(1) sim	(9) não sabe
Candidíase Oral	(0) não	(1) sim	(9) não sabe
Herpes Zooster	(0) não	(1) sim	(9) não sabe
Câncer de Colo Uterino	(0) não	(1) sim	(9) não sabe

Outras, especifique:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_

revelcomp \_\_\_  
 rpai \_\_\_  
 rmae \_\_\_  
 rirmaos \_\_\_  
 rfilhos \_\_\_  
 rparent \_\_\_  
 ramigos \_\_\_  
 rlider \_\_\_  
 rterap \_\_\_  
 rninguem \_\_\_  
 routro \_\_\_  
 difadesao \_\_\_  
 ades \_\_\_  
 Diab \_\_\_  
 Has \_\_\_  
 Dislip \_\_\_  
 HepC \_\_\_  
 HepB \_\_\_  
 DRC \_\_\_  
 DPC \_\_\_  
 Outrad \_\_\_  
 Outramed \_\_\_  
 Omed1 \_\_\_  
 Omed2 \_\_\_  
 Omed3 \_\_\_  
 Omed4 \_\_\_  
 Omed5 \_\_\_  
 Toxop \_\_\_  
 Pneum \_\_\_  
 Mening \_\_\_  
 Sarc \_\_\_  
 Tubp \_\_\_  
 Tubep \_\_\_  
 Histop \_\_\_  
 LinfoH \_\_\_  
 Linfosnc \_\_\_  
 Candes \_\_\_  
 Candoral \_\_\_  
 Herpes \_\_\_  
 Cancer \_\_\_  
 Outrad1 \_\_\_  
 Outrad2 \_\_\_  
 Outrad3 \_\_\_  
 Outrad4 \_\_\_  
 Outrad5 \_\_\_

5) \_\_\_\_\_

**VER PRONTUÁRIO****Estágio clínico no diagnóstico**

(1) Infecção aguda (2) Assintomático (3) Sintomático (4) AIDS

**Há quanto tempo o paciente está em uso de ARV?** \_\_\_ anos \_\_\_ meses**Quantos esquemas foram prescritos para o paciente desde quando começou o tratamento?** \_\_\_ esquemas**O paciente teve alguma infecção oportunistas (doença grave em decorrência do HIV)?** (0) não (1) sim

Esquema ARV utilizado: \_\_\_\_\_

**PRIMEIRO EXAME**

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

CD4: \_\_\_\_\_ MM<sup>3</sup>

CARGA VIRAL: \_\_\_\_\_/ML

LOG: \_\_\_\_\_

**PENÚLTIMO EXAME**

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

CD4: \_\_\_\_\_ MM<sup>3</sup>

CARGA VIRAL: \_\_\_\_\_/ML

LOG: \_\_\_\_\_

**ÚLTIMO EXAME**

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

CD4: \_\_\_\_\_ MM<sup>3</sup>

CARGA VIRAL: \_\_\_\_\_/ML

LOG: \_\_\_\_\_

## ANEXO D: Mini International Neuropsychiatric Interview

### MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Nome do (a) entrevistado (a): \_\_\_\_\_ Data de nascimento:

\_\_ / \_\_ / \_\_

Nome do (a) entrevistador (a): \_\_\_\_\_ Data da entrevista:

\_\_ / \_\_ / \_\_

#### A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)

A1	a	Alguma vez sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do dia,  NÃO  M quase todos os dias, durante pelo menos duas semanas? SE A1a = SIM:	N   SI
	b	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte  NÃO  M do dia, quase todos os dias?	N   SI
A2	a	Alguma vez teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, ou perdeu o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente, quase todo o tempo, durante pelo menos duas semanas?  NÃO      SIM	
	b	SE A2a = SIM: Nas duas últimas semanas, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, ou perdeu o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente, quase todo o tempo? NÃO      SIM	
		→ A1a <u>OU</u> A2a SÃO COTADAS (pontuadas) SIM? NÃO SIM	

SE O(A) ENTREVISTADO(A) ESTÁ DEPRIMIDO(A) ATUALMENTE (OU SEJA, SE PONTUOU **SIM** EM A1b OU A2b): EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL.

SE **NÃO**: EXPLORAR O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

A3 **Durante as 2 semanas em que sentiu-se deprimido(a)/ sem interesse pela maioria das coisas, quase todo o tempo:**

	<u>Episódio Passado</u>	<u>Episódio Atual</u>
a	Seu apetite aumentou ou diminuiu, quase todos os dias? ou o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado? (VARIAÇÃO DE ± 5% AO LONGO DE UM MÊS, ISTO É, ± 3,5 KG, PARA UMA PESSOA DE 65 KG)	NÃO    SIM NÃO    SIM
b	Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO    SIM NÃO    SIM

- c Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias? NÃO SIM  
NÃO SIM
- d Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias? NÃO SIM  
NÃO SIM
- e Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias? NÃO SIM  
NÃO SIM

Episódio Atual

- Episódio Passado
- f Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias? NÃO SIM  
NÃO SIM
- g Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a)? NÃO SIM
- NÃO SIM

- 
- A4 HÁ 3 OU MAIS RESPOSTAS “SIM” EM A3 (OU 4 RESPOSTAS “SIM” NÃO SIM  
NÃO SIM

SE A1a OU A2a É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO PASSADO OU SE A1b OU A2b É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL)?

SE A4 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR DE A3a A A3g PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

- A5 Esses problemas de depressão lhe causaram sofrimento importante ou o(a) perturbaram em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais ou necessitou ser hospitalizado(a) por causa desses problemas? NÃO SIM
- SE A5 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A4 E A5 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

→  
NÃO SIM

Você estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem? NÃO  
SIM

Você teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?

NÃO SIM

**COTAR SIM SE A5 = SIM**  
ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO SIM  
**Episódio Depressivo Maior**  
(1) Atual  
(2) Passado

**NO JULGAMENTO DO CLÍNICO:**  
**O USO DE DROGAS/MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA (HIV/AIDS) É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA DEPRESSÃO? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO)**

NÃO SIM  
**Episódio Depressivo Maior devido à condição médica geral**  
(1) Atual  
(2) Passado

**CRONOLOGIA**

Que idade você tinha quando, pela primeira vez, apresentou um período de 2 semanas ou mais com esses problemas de depressão? \_\_\_ anos (colocar 99 se o paciente não souber informar)

Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos de depressão você teve, que duraram pelo menos duas semanas? \_\_\_ períodos/episódios (colocar 99 se o paciente não souber informar)

Você acha que a depressão veio depois que você soube que tinha o HIV/AIDS?

NÃO SIM

### C. RISCO DE SUICÍDIO

**Durante o último mês:**

**Pontos**

C1	Pensou que seria melhor estar morto(a) ou desejou estar morto(a)?	NÃO		SIM	1
C2	Quis fazer mal a si mesmo(a)?				
	O		NÃO		
C3	Pensou em suicídio?		SIM		2
	O		NÃO		
C4	Pensou numa maneira de se suicidar?		SIM		6
	O		NÃO		
C5	Tentou o suicídio?		SIM		10
	O		NÃO		
	<b>Ao longo da sua vida:</b>				
C6	Já fez alguma tentativa de suicídio?		NÃO		
	O		SIM		4

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 A C6?

SE SIM, SOMAR O NÚMERO TOTAL DE PONTOS DAS QUESTÕES COTADAS

**SIM**

DE C1 A C6 E ESPECIFICAR O TIPO DE RISCO DE SUICÍDIO:

8 NÃO

SIM

*RISCO DE SUICÍDIO*

*ATUAL*

1-5 pontos (1) Baixo  
6-9 pontos (2) Moderado  
≥ 10 pontos (3) Alto

### D. EPISÓDIO (HIPO) MANÍACO

D1 a Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia

NÃO

SIM

ou cheio(a) de si que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual?

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

SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE "EUFÓRICO(A)" OU "CHEIO(A) DE ENERGIA", EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA:

Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), ter menos necessidade de dormir,

ter pensamentos rápidos, estar cheio(a) de idéias ou extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou produtivo ou impulsivo(a).

**SE D1a = SIM:**

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

NÃO

SIM

D2 a Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava

NÃO

SIM

as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com pessoas que não eram de sua família?  
 Você ou outras pessoas achou/acharam que você estava mais irritável ou hiperreativo(a),  
 comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável?  
 (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL)

SE **D2a** = **SIM**:

- b Sente-se, continuamente irritável atualmente?

NÃO

SIM

→

**D1a** OU **D2a** SÃO COTADAS “SIM”?

O

NÃO  
SIM

- D3** SE **D1b** OU **D2b** = “**SIM**”: EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL  
 SE **D1b** E **D2b** = “**NÃO**”: EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE  
**Quando sentiu- se mais eufórico(a), cheio(a) de energia ou mais irritável:**

	<u>Episódio Atual</u>		
	<u>Episódio Passado</u>		
a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante? SE <b>SIM</b> : PEDIR UM EXEMPLO. O EXEMPLO CONSISTE NUMA IDÉIA DELIRANTE? (0) NÃO (1) SIM	NÃO SIM	NÃO SIM
b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (por ex., sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono)?	NÃO SIM	NÃO SIM
c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a)?	NÃO SIM	NÃO SIM
d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los?	NÃO SIM	NÃO SIM
e	Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando?	NÃO SIM	NÃO SIM
NÃO	SIM		
f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa?	NÃO SIM	NÃO SIM
g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter atividade sexual pouco habitual para você)?	NÃO SIM	NÃO SIM

**D3 SUMÁRIO: HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3**

→

OU **4** SE **D1a** = “**NÃO**” (EPISÓDIO PASSADO) OU **D1b** = “**NÃO**” (EPISÓDIO ATUAL)? NÃO SIM NÃO SIM  
 VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO.

SE **D3** SUMÁRIO É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR DE **D3a** A **D3g** PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

- D4 a Você estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem?  
NÃO SIM
- b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?  
NÃO SIM
- D5 Esses problemas duraram pelo menos uma semana e o(a) perturbaram NÃO SIM  
SIM 13  
em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais OU  
necessitou ser hospitalizado(a) por causa desses problemas?  
COTAR **SIM**, SE **SIM** NUM CASO OU NO OUTRO

- D6 COTAR **SIM** PARA EPISÓDIO HIPOMANÍACO SE:  
**D3** (SUMÁRIO) = **SIM** E **D4** (SUMÁRIO) = **SIM** OU **INCERTO**  
E **D5** = **NÃO**, E NENHUMA IDÉIA DELIRANTE FOI DESCRITA EM **D3a**

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
<b>EPISÓDIO HIPOMANÍACO</b>	
(1) Atual	
(2) Passado	

- D7 COTAR **SIM** PARA EPISÓDIO MANÍACO SE:  
**D3** (SUMÁRIO) = **SIM** E **D4** (SUMÁRIO) = **SIM** OU **INCERTO**  
E **D5** = **SIM** OU UMA IDÉIA DELIRANTE FOI DESCRITA EM **D3a**.

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
<b>EPISÓDIO MANÍACO</b>	
(1) Atual	
(2) Passado	

- D8 COTAR **SIM** SE:  
**D3** (SUMÁRIO) E **D4a** OU **D4b** = **SIM**  
ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
<b>Episódio (Hipo) Maníaco</b> <i>devido à condição médica geral</i>	
(1) Atual	
(2) Passado	

SE **D8** OU **D9** = **SIM**, PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE.

#### SUBTIPOS

##### Ciclagem rápida

O

Nos últimos 12 meses, teve 4 ou mais episódios de euforia/ irritabilidade excessiva ou de depressão?

##### Episódio misto

O

O ENTREVISTADO PREENCHE OS CRITÉRIOS PARA AMBOS – EPISÓDIO MANÍACO E EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR, QUASE TODO DIA, DURANTE PELO MENOS UMA SEMANA?

##### Padrão sazonal

O

O INÍCIO E AS REMISSÕES OU MUDANÇAS PARA UM EPISÓDIO DE POLARIDADE OPOSTA (EX: DE DEPRESSÃO PARA (HIPO)MANIA) OCORREM NUM PERÍODO CARACTERÍSTICO DO ANO?

#### CRONOLOGIA

Que idade você tinha quando, pela primeira vez, apresentou esses problemas de euforia/irritabilidade excessiva de que falamos? \_\_ \_\_ anos (colocar 99 se o paciente não souber informar)

Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos de euforia/irritabilidade excessiva você já teve?

\_\_ \_\_ anos (colocar 99 se o paciente não souber informar)

Você acha que esses problemas vieram depois que você soube que tinha o HIV/AIDS?

NÃ

O SIM