JOSÉ RENATO DA SILVA

**A depressão e a adesão ao tratamento da infecção pelo HIV
(vírus da imunodeficiência humana)**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração:
Doenças Infecciosas e Parasitárias

Orientador:
Prof. Dr. André Malbergier

SÃO PAULO

2005

“Não apresse o Rio, ele corre sozinho.

Para mim, significa deixar-se ir junto com a vida, sem tentar fazê-la ir para algum lugar, sem tentar fazer com que algo aconteça, mas simplesmente ir, como o Rio; e, sabe, o Rio, quando chega nas pedras, simplesmente se desvia, dá a volta; quando chega a um lugar plano, ele se espalha e fica tranqüilo, simplesmente vai se movendo junto com a situação em torno, qualquer que seja ela”.

Barry Stevens

*Aos meus pais, que sempre me apoiaram em
minhas decisões.*

*Aos meus irmãos, à minha prima Maria Cristina e ao
amigo Anderson, por estarem presentes em minha vida.*

*Aos pacientes cuja disponibilidade proporcionou a
concretização deste estudo.*

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. André Malbergier, pela orientação, paciência e compreensão.

Ao amigo José Ângelo Lauletta Lindoso, pelo apoio e incentivo no início desta minha jornada.

Aos colegas Augusto César Penalva de Oliveira e Carlos Fernando Neumann, pelas sugestões e auxílios no início deste projeto.

À Profa. Dra. Laura Helena Silveira Guerra de Andrade, pelas sugestões e disponibilidade.

À Profa. Dra. Marta Heloísa Lopes, pelo carinho e ajuda nos momentos difíceis e por acreditar neste estudo.

Ao Prof. Dr. Aluísio Augusto Cotrim, Segurado pela paciência e colaborações, sempre proveitosas.

À Profa. Miriam Aparecida Mingorance. Martins, pelas correções e contribuições no final deste trabalho.

Às amigas Regiane Mathias e Giany Gonze Tellini, pela gentileza e apoio.

À Magali Dias e Renata Aparecida Franco Arruda, pela ajuda oportuna.

À Rosemeire Aparecida Moraes Ribeiro e Roseli Antonia Santo que me apoiaram em todas as fases deste processo com prontidão, carinho e compreensão.

À Sônia Regina Santos Conceição, Patrícia Cristina Pagano, Diva Maturana, Maria Cristina da Silva e Sônia Regina da Gama, pela gentileza.

SUMÁRIO

Lista de tabelas

Resumo

Summary

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA.....	1
1.1 A AIDS.....	2
1.2 A depressão.....	4
1.3 A depressão e a infecção pelo HIV.....	5
1.4 A adesão dos pacientes portadores do HIV/AIDS.....	7
1.5 Adesão e depressão.....	11
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 HIPÓTESE.....	16
4 OBJETIVOS.....	18
5 METODOLOGIA.....	20
5.1 População de estudo.....	21
5.2 Amostragem.....	21
5.2.1 Critérios de inclusão e exclusão.....	23
5.2.2 Avaliação das alterações psicopatológicas e de adesão....	24
5.2.3 Instrumentos utilizados – escalas psicométricas e questionário de adesão.....	24
5.2.4 Análise estatística.....	31
5.2.5 Desenho do estudo (fluxograma).....	33
5.2.6 Aspectos éticos.....	34
6 RESULTADOS.....	35
6.1 Perfil sócio-demográfico.....	36
6.2 Condições de vida.....	36
6.3 Categorias de exposição ao HIV.....	38
6.4 Antecedentes pessoais.....	39
6.5 Antecedentes familiares.....	40
6.6 Status imunológico, virológico e clínico.....	40

6.7 Uso de substâncias psicoativas.....	41
6.8 Dias da semana em que foram realizadas as entrevistas.....	41
6.9 SCID.....	42
6.10 HAM-D.....	43
6.11 MMSE.....	43
6.12 Doenças oportunistas.....	44
6.13 Presença de depressão atual.....	44
6.14 Presença de depressão passada.....	46
6.15 Presença de depressão atual ou passada.....	49
6.16 Associação entre depressão atual ou passada.....	52
6.17 Depressão e adesão ao tratamento.....	52
6.18 Associação entre uso de anti-retrovirais e depressão.....	53
6.19 Associação entre uso de drogas e depressão.....	54
6.20 Adesão ao tratamento da infecção pelo HIV.....	56
6.21 Adesão ao medicamento.....	58
6.22 Associação entre uso de drogas e adesão.....	63
7 DISCUSSÃO.....	65
8 CONCLUSÕES.....	77
9 ANEXOS.....	79
10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88

LISTA DE TABELAS

Tabela 1A –	Parâmetros sócio-demográficos dos 164 pacientes – Casa da Aids – 2002 a 2003.....	37
Tabela 1B –	Parâmetros sócio-demográficos dos 164 pacientes – Casa da Aids – 2002 a 2003.....	38
Tabela 2 –	Distribuição dos pacientes quanto a categoria de exposição ao HIV – Casa da Aids – 2002 a 2003.....	39
Tabela 3 –	Status imunológico e virológico dos 164 pacientes – Casa da Aids – 2002 a 2003.....	40
Tabela 4 –	Associação entre os dias da semana em que foram realizadas as entrevistas, divididas em grupo de dias, e adesão ao tratamento dos 137 pacientes que faziam uso de anti-retrovirais – Casa da Aids – 2002 a 2003.....	42
Tabela 5A –	Presença de depressão atual dos 164 pacientes deste estudo – Casa da Aids – 2002 a 2003.....	45
Tabela 5B –	Presença de depressão atual dos 164 pacientes deste estudo – Casa da Aids – 2002 a 2003.....	45
Tabela 5C –	Presença de depressão atual dos 164 pacientes deste estudo – Casa da Aids – 2002 a 2003.....	46
Tabela 6A –	Presença de depressão passada dos 164 pacientes deste estudo – Casa da Aids – 2002 a 2003.....	47
Tabela 6B –	Presença de depressão passada dos 164 pacientes deste estudo – Casa da Aids – 2002 a 2003.....	48
Tabela 6C –	Presença de depressão passada dos 164 pacientes deste estudo – Casa da Aids – 2002 a 2003.....	49
Tabela 7A –	Presença de depressão atual ou passada dos 164 pacientes deste estudo – Casa da Aids – 2002 a 2003.....	50
Tabela 7B –	Presença de depressão atual ou passada dos 164 pacientes deste estudo – Casa da Aids – 2002 a 2003.....	51
Tabela 7C –	Presença de depressão atual ou passada dos 164 pacientes deste estudo – Casa da Aids – 2002 a 2003.....	51

Tabela 8 –	Associação entre depressão atual e passada dos 164 pacientes deste estudo – Casa da Aids – 2002 a 2003.....	52
Tabela 9 –	Associação entre depressão atual ou passada e adesão dos 137 pacientes que faziam uso de anti-retrovirais – Casa da Aids – 2002 a 2003.....	53
Tabela 10 –	Associação entre uso de anti-retrovirais e depressão atual dos 164 pacientes deste estudo-Casa da Aids-2002 a 2003...	54
Tabela 11 –	Associação entre uso de drogas e depressão atual dos 164 pacientes deste estudo – Casa da Aids – 2002 a 2003.....	54
Tabela 12 –	Associação entre uso de drogas na vida e depressão dos 42 pacientes que tinham antecedente de uso de substâncias psicoativas – Casa da Aids – 2002 a 2003.....	55
Tabela 13 –	Associação entre uso de drogas nos últimos 7 dias e depressão dos 122 pacientes que nunca fizeram uso de drogas e dos 9 usuários – Casa da Aids – 2002 a 2003.....	56
Tabela 14A	Adesão ao tratamento do HIV dos 137 pacientes que faziam uso de anti-retrovirais – Casa da Aids – 2002 a 2003.....	59
Tabela 14B	Adesão ao tratamento do HIV dos 137 pacientes que faziam uso de anti-retrovirais – Casa da Aids – 2002 a 2003.....	60
Tabela 14C	Adesão ao tratamento do HIV dos 137 pacientes que faziam uso de anti-retrovirais – Casa da Aids – 2002 a 2003.....	61
Tabela 15 –	Adesão ao tratamento em relação aos parâmetros sexo, idade e carga viral dos 137 pacientes que faziam uso de anti-retrovirais – Casa da Aids – 2002 a 2003.....	61
Tabela 16 –	Associação entre uso de drogas e álcool na vida e adesão ao tratamento anti-retroviral – Casa da Aids – 2002 a 2003....	63
Tabela 17 –	Associação entre uso de drogas e adesão dos 137 pacientes que faziam uso de anti-retrovirais-Casa da Aids-2002 a 2003.	63
Tabela 18 –	Associação entre uso de drogas e adesão ao tratamento dos 35 pacientes que faziam uso de drogas – Casa da Aids – 2002 a 2003.....	64

RESUMO

Silva JR. *A depressão e a adesão ao tratamento da infecção pelo HIV (vírus da imunodeficiência humana)* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2005. 106p.

A epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) já atingiu aproximadamente 40 milhões de indivíduos em todo o mundo. O controle adequado da infecção pelo HIV através do tratamento anti-retroviral proporciona menor resistência viral, níveis mais baixos de carga viral, diminuindo, assim, a probabilidade da transmissão do HIV. A adesão ao tratamento anti-retroviral é importante para o sucesso do tratamento. A depressão é um transtorno psiquiátrico com prevalência elevada na população geral e nos portadores do HIV/Aids. Sabe-se que a depressão é um fator limitante para boa adesão. Neste trabalho, estudou-se a associação entre a adesão e a depressão em 164 pacientes portadores do HIV/Aids, em acompanhamento médico num serviço especializado, no período de outubro de 2002 a outubro de 2003. Foram aplicados os seguintes instrumentos: SCID/DSM-IV (Strutured Clinical Interview/Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), HAM-D (Hamilton Rating for Depression), MMSE (MiniMental State Examination – Miniexame do Estado Mental), questionário sócio-demográfico, laboratorial, da doença e tratamento e questionário de adesão. A média de idade foi 39 anos, e 72% da amostra eram do sexo masculino. Mais de 85% dos pacientes se infectaram com o HIV através de relações sexuais. Apenas 7,9% eram usuários de drogas injetáveis. A média de CD4 foi 404,8 e carga viral 3,55 (log). A prevalência de depressão atual foi 17,7%, com diferença estatisticamente significativa entre os mais jovens. Setenta e cinco pacientes (45,73%) apresentaram episódio depressivo passado. Dos 164 pacientes, 137 faziam uso de anti-retrovirais. Pacientes que tomavam 95% dos anti-retrovirais foram considerados pacientes que aderiram ao tratamento. A adesão foi avaliada através de questionário e 79,56% dos pacientes aderiram ao tratamento. A adesão foi maior entre os homens e os mais velhos. A carga viral também apresentou associação com a adesão e com antecedente pessoal de depressão. A adesão não mostrou associação com depressão.

Descritores: 1. Infecções por HIV/epidemiologia; 2. Infecções por HIV/psicologia; 3. Infecções por HIV/terapia. 4. Depressão/psicologia. 5. Cooperação do Paciente/psicologia. 6. Carga viral.

SUMMARY

Silva JR. *The depression and the adherence to the treatment of the infection of HIV (human immunodeficiency virus)* [dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2005. 106p.

Approximately 40 million individuals are infected by HIV/acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) in the world. The control of the HIV infection by the antiretroviral treatment provides lower viral resistance; lower viral load levels and diminishes the probability of the transmission of the HIV. The adherence to antiretroviral treatment is important for the success of the treatment. Depression is a psychiatric disorder with high prevalence in general population and in HIV/AIDS infected patients. Depression seems to be a limitation for good adherence. In this study, the association between adherence and depression was assessed in 164 HIV/AIDS infected patients in a specialized service, in the period of October of 2002 and October of 2003. The following instruments were applied: SCID/DSM-IV (Structured Clinical Interview/Diagnostic and Manual Statistical of Mental Disorders), HAM-D (Hamilton Rating for Depression), MMSE (MiniMental State Examination), socio-demographic, laboratorial, disease and adherence questionnaires. The mean age was 39 years-old and 72% of the sample were men. More than 85% of the patients were infected by sexual contact and 7.9% were injecting drug users. The mean of CD4 was 404.8 and viral load 3.55 (log). The prevalence of current depression was 17.7%, with higher prevalence among youngest. Seventy five patients (45.73%) had a lifetime depressive episode. Of the 164 patients, 137 were treated with antiretroviral. Patients who took at least 95% of the antiretroviral medications had been considered adhered to treatment. The adherence was evaluated through questionnaire and was presented in 79.56% of the patients. The adherence was higher among men and oldest. The viral load also showed association with adherence and lifetime depression. The adherence was not associated to depression.

Keywords: 1. HIV Infections/epidemiology 2. HIV Infections/psychology 3. HIV Infections/therapy 4. Depression/psychology 5. Patient Compliance/psychology 6. Viral Load.

1.1 A AIDS

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma manifestação clínica avançada da doença causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV-1 e HIV-2), que são membros da família *Retroviridae*, na subfamília dos lentivírus.

Segundo vários estudos, a transmissão desta síndrome é predominantemente sexual, constando, contudo, outras formas de exposição ao HIV, tais como a transmissão parenteral e vertical.

Os primeiros casos de aids foram relatados na literatura no início de 1981, nos Estados Unidos, através de revisão de prontuários médicos e amostras de fluídos orgânicos, de casos de óbitos, que evidenciaram o aparecimento da aids nos anos 60 e 70. O primeiro caso de aids no Brasil foi relatado em 1980, no Estado de São Paulo, através de levantamento estabelecido em 1985 (Veronesi, Foccacia, 2002).

Inicialmente, a aids foi vista pela mídia como “câncer gay” devido ao grande número de casos entre os homossexuais masculinos. Entre os homens, a transmissão sexual ainda é uma das principais causas, apresentando 58% dos casos, com maior prevalência nas relações heterossexuais, que é de 24%. Entre as mulheres, a transmissão sexual é de 86,7% (Ministério da Saúde, 2005).

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde, datado de 23 de novembro de 2004, 39,4 milhões de pessoas no mundo são portadores do HIV/Aids, sendo que a metade delas é do sexo feminino, o que evidencia um aumento significativo da epidemia entre as mulheres,

aumento esse que vem ocorrendo há 2 anos, principalmente na Ásia (56%), Europa (48%) e África (60%) (WHO, 2004).

O número de casos novos de aids tem diminuído significativamente nos últimos anos no Brasil e no mundo também, porém, a epidemia de aids no Brasil encontra-se em patamares elevados, atingindo, em 2003, 18,4 casos por 100.000 habitantes.

De 1980 até 2004 (30 de junho de 2004), foram notificados 362.364 casos da doença no Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde. Desse total, 251.050 eram homens e 111.314 mulheres. Segundo categoria de exposição hierarquizada, entre os homens, 14,9% eram homossexuais, 42,1% heterossexuais, 10,3% bissexuais, 13,1% usuários de drogas injetáveis (UDI), 19,2% ignorado e 0,3% adquiriram por transfusão; entre as mulheres, as porcentagens encontradas foram: 94,9% heterossexuais, 4,3% UDI e 0,5% transfusão.

No ano de 2003, a taxa de incidência da epidemia na Região Sudeste foi de 24,6 casos por 100.000 habitantes. Os casos masculinos por uso de drogas injetáveis (UDI) continuam a decrescer, mantendo-se estabilizados os casos de transmissão homo/heterossexual em cerca de 26,4% e aumento da transmissão heterossexual (Ministério da Saúde, 2004).

Até 10 de agosto de 2004, foram notificados no Estado de São Paulo 135.302 casos de aids, sendo 96.983 (71,7%) homens e 38.319 9 (28,3%) mulheres. Nos últimos anos tem-se observado redução do número de casos de aids e do coeficiente de incidência nesse Estado (Coordenação do Programa Estadual DST/Aids – SP, 2004).

Na cidade de São Paulo, até 2003, a taxa de incidência de aids foi 39,2 casos por 100.000 habitantes. Foram notificados de 1980 até 10 de agosto de 2004, 64.326 casos de aids nessa cidade. No ano de 2004, até 30 de junho, 1922 casos foram notificados (Ministério da Saúde, 2004).

1.2 A depressão

A depressão é um distúrbio recorrente e crônico e um importante problema de saúde pública em todo o mundo, além de ser uma das apresentações clínicas mais comuns que os médicos de atenção primária são chamados a diagnosticar e tratar, levando-se em conta o alto índice de comorbidade (20-45%) com doenças sistêmicas, crônicas e debilitantes (Katon, Sullivan, 1990; Mandell et al, 1999).

A síndrome depressiva pode apresentar uma constelação de sinais e sintomas com duração e gravidade tais, que levam o indivíduo a uma perda substancial da sua capacidade funcional, perda do contato com a realidade, além de uma baixa auto-estima, perda do interesse pela vida, podendo levar o paciente, muitas vezes, a abandonar os tratamentos de outras doenças, com conseqüências sérias à sua saúde física e mental (Fernandez, Levy, 1990). A probabilidade de cronicidade aumenta a cada episódio, visto que aproximadamente 10 a 15% dos pacientes com quadro depressivo desenvolvem curso crônico.

Nos Estados Unidos, há uma elevada prevalência de depressão ao longo da vida (19,3%) (Kessler et al, 1994) e com consideráveis morbidade e mortalidade, com incidência e gravidade em ascensão. Cassem (1987) salienta

que 22 a 32% dos pacientes clínicos internados em hospitais gerais apresentam pelo menos depressão leve. A questão torna-se mais problemática, pois menos de 50% dos casos dos transtornos de humor são diagnosticados na atenção primária à saúde. Moreno, Moreno (1995) referiram que apenas 3,5% dos casos diagnosticados foram adequadamente tratados e 45% não receberam doses mínimas eficazes de antidepressivos. Atualmente, sabe-se que a depressão é um transtorno com alto índice de melhora.

1.3 A depressão e a infecção pelo HIV

Na literatura atual, estimativas da prevalência de depressão nos pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) são muito variáveis (Mandell et al, 1999), podendo contribuir para a maior parte dos distúrbios psiquiátricos nestes pacientes.

Em pacientes do sexo masculino, infectados pelo HIV, encontra-se um nível significativamente mais elevado de sintomatologia psiquiátrica e síndrome depressiva do que em homens soronegativo (Dickey et al, 1999). Atkinson et al (1994) relatam que 10%-25% dos homossexuais masculinos com infecção pelo HIV apresentarão uma síndrome depressiva no período de 2 anos.

Lyketsos et al (1995), Malbergier, Menko (1996) evidenciaram em seus estudos que usuários de drogas injetáveis apresentavam maior número de episódios depressivos que os homossexuais masculinos.

As alterações imunes causadas pelo HIV levam a considerável queda do número de células T CD4+ e conseqüentemente uma imunodeficiência celular que favorece o aparecimento de doenças oportunistas relacionadas à aids, com morbidade e mortalidade elevadas (Garry, 1989). Outro fator de declínio mais rápido dos níveis de células T CD4 +, observado por Burak et al (1993), é a depressão

A depressão é uma condição séria e comum entre indivíduos infectados pelo HIV. Em termos de qualidade de vida, o paciente deprimido em comparação com outros pacientes tem pior função física e social, além de uma percepção pior de sua condição de saúde. Sintomas depressivos estão associados com evolução mais rápida para a aids (Maj, 1996; Lesserman et al, 2002) aumento da morbidade e sofrimento mental, bem como excesso de mortalidade por causas não naturais, como suicídio e morte acidental. Os sintomas depressivos tendem a se acentuar nos estágios mais avançados da doença causada pelo vírus HIV.

O diagnóstico de depressão em pacientes infectados pelo HIV é muito freqüente na interconsulta psiquiátrica (Dilley et al, 1985; Seth et al, 1991), podendo ser dificultado pelo fato de que alguns dos indicadores de depressão (anorexia, fadiga, fraqueza e perda de peso) são de pouca valia como critério diagnóstico em algumas fases da doença, especialmente na fase avançada, já que os sintomas físicos debilitantes da doença podem confundir tais indicadores.

Alguns dos medicamentos usados para o combate do HIV podem apresentar como efeito colateral um quadro depressivo como a zidovudina

(AZT), a estavudina (D4T) e o lopinavir/ritonavir, devendo-se, portanto, investigar extensamente esta patologia, além de considerar moléstias orgânicas e comorbidade (Baker et al, 1995).

1.4 A adesão dos pacientes portadores do HIV/Aids ao tratamento

Desde meados dos anos 60, vem crescendo o número de estudos sobre adesão ao tratamento de doenças em todo o mundo.

Os estudos sobre adesão apresentam dois termos para expressar a idéia de adesão. O termo *compliance*, que está mais próximo da idéia de cumprimento de regras, e o termo *adherence*, que expressa melhor o sentido de concordância autônoma do doente com o tratamento, o qual vem-se disseminando nos estudos.

Existem algumas formas de avaliar a adesão, sendo duas as mais utilizadas nos estudos: entrevistas empregando questionários (*self-reports*), e contagem de comprimidos de forma manual ou eletrônica, através da utilização de *chips* eletrônicos que marcam a abertura do recipiente dos comprimidos (MEMS – Medication Event Monitoring System) (Mathews et al, 2002).

Algun grau de não adesão ocorre universalmente, mesmo em doenças que envolvem potenciais riscos de morte. A adesão pode ser inadequada se ambos, médico e paciente, não tiverem entendimento das conseqüências da não adesão (Olalla et al, 2002).

As barreiras observadas para o sucesso da adesão ao tratamento da infecção pelo HIV são semelhantes às de outras doenças crônicas: regime

complexo das medicações, efeitos colaterais que resultam em pobre tolerabilidade, fatores relacionados ao estilo de vida dos pacientes e a relação médico–paciente (Chesney, 2003).

Outra barreira para a adesão ao tratamento, que está bastante presente nos pacientes portadores do HIV/Aids, é o fato de que muitos pacientes são usuários de substâncias psicoativas, embora o número de pacientes usuários de drogas injetáveis tenha caído ao longo dos anos da epidemia.

Hinkin et al (2004) avaliaram a adesão ao tratamento da infecção do HIV em usuários de drogas e não usuários e comparando esses dois grupos concluíram que os pacientes que faziam uso atual de drogas apresentavam 93% de não adesão, enquanto que pacientes que não faziam uso de drogas apresentavam 65% de não adesão.

O sucesso do tratamento do HIV/Aids requer adesão aos anti-retrovirais igual ou superior a 95%, para prevenir a emergência de variantes do HIV resistentes às drogas anti-retrovirais, evitar a falência do regime terapêutico e limitar as opções futuras de terapia (Chesney, 2003). A baixa adesão tem sido associada à progressão mais rápida para a doença (Mathews et al, 2002).

Trabalhos desenvolvidos entre 1996 e 1998 para avaliar a adesão ao tratamento da infecção pelo HIV, mostraram uma adesão que variou de 46% a 88%, sendo que a taxa de adesão para outras doenças crônicas eram em torno de 50% (Singh et al, 1996; Mostashari et al, 1998).

Murphy et al (2004) avaliaram a adesão de 115 pacientes portadores do HIV nos últimos três dias que antecederam a entrevista, 1 semana antes e 1 mês antes, a taxa de adesão foi respectivamente de 58,3%, 34,8% e 26,1%, o que os levou a concluir que a adesão diminui com o passar do tempo.

Nos últimos anos a aids tem-se tornado uma doença de evolução crônica e controlável através de acompanhamento médico adequado e uso de medicações que controlam a replicação viral. A não adesão ao tratamento é um grave problema e um dos mais ameaçadores perigos para a efetividade do tratamento, particularmente quando o processo da doença é crônico e o regime terapêutico é empregado por períodos prolongados.

A questão da adesão é importante, pois assume contornos sociais e políticos muito evidentes, tanto pelo investimento feito pelo estado brasileiro em políticas de saúde pública, quanto pelo controle da epidemia na população. A adesão ao regime terapêutico é importante para ter uma boa resposta virológica e imunológica nesses pacientes.

No tratamento da infecção pelo HIV, os esquemas são complexos e exigem um conhecimento mínimo sobre medicações e exames, tais como carga viral e nível de CD4. Para melhorar a compreensão desses termos, são necessárias intervenções adicionais a fim de ajudar as pessoas com baixo grau de compreensão dos termos médicos (Kalichman et al, 1999).

O Brasil foi um dos primeiros países do mundo, e o primeiro do terceiro mundo, a garantir acesso universal e gratuito aos medicamentos anti-retrovirais.

O advento da terapêutica específica para o HIV, combinada com três ou mais medicações de diferentes classes, incluindo inibidores da transcriptase reversa, nucleosídeos e não nucleosídeos, e especialmente com o advento dos inibidores de protease, proporcionou melhor controle da replicação viral e, portanto, melhor resposta imunológica, contendo assim o avanço da destruição do sistema imune pelo HIV e aumento da sobrevida, melhoria da qualidade de vida, tanto física quanto emocional, para estes pacientes, além de proporcionar uma vida mais longa (Lewis et al, 1997).

Nos últimos anos, com o uso dos anti-retrovirais, tem-se observado uma importante redução da ocorrência de infecções oportunistas associadas à aids, diminuição das internações hospitalares e nos óbitos secundários a essa patologia.

Olalla et al (2002) desenvolveram, em Barcelona, um estudo de coorte durante o período de 1990 a 1999. Estes autores acompanharam 1219 pacientes portadores do HIV, em uso de anti-retrovirais, e concluíram que, nessa amostra, o que contribuiu para o óbito desses pacientes foi o estágio e o início da doença, contagem de células CD4 < 200, tipo de tratamento (monoterapia, terapia dupla ou terapia tripla) e adesão ao tratamento (os pacientes que faziam uso de 90% ou mais de suas medicações foram considerados os pacientes que aderiram ao tratamento).

Num estudo coordenado por Nemes et al (2000), foi avaliada a adesão ao tratamento anti-retroviral no Estado de São Paulo, abordando um universo de 8580 usuários, inscritos em 27 unidades de saúde, distribuídas em 22 municípios. Observaram 69% de adesão, considerando como

pacientes que aderiram ao tratamento aqueles que faziam uso de 80% ou mais dos medicamentos anti-retrovirais prescritos.

A adesão é crucial na terapia com HAART (highly active antiretroviral therapy – terapia anti-retroviral altamente potente) para sustentar a supressão da replicação viral, permitindo a redução do risco de seleção de resistência antiviral e conseqüentemente o surgimento de cepas virais multirresistentes. Existe uma forte associação entre adesão e redução da carga viral, nível de CD4 maior ou igual a 500 células, número de medicações prescritas e aumento do risco de morte (Olalla et al, 2002).

1.5 Adesão e depressão

A associação entre HIV/Aids, depressão e adesão ao tratamento anti-retroviral tem sido estudada, porém, vários aspectos, principalmente relacionados a fatores epidemiológicos, sócio-culturais, morbidade e terapêutica da depressão em pacientes HIV/Aids, necessitam de mais esclarecimentos.

A adesão é um conceito multidimensional e envolve aspectos individuais dos pacientes e do serviço de atendimento. Singh et al (1996) sugerem que as alterações no estado mental, causadas pelo abuso de substâncias, os sintomas depressivos e o estresse psicológico contribuem para a não adesão ao tratamento e devem ser investigados nesses pacientes. Existem outros fatores importantes que se relacionam com a adesão, tais como: educação, o entendimento dos termos médicos, a

relação médico-paciente, as características do paciente, o regime de tratamento, o local do tratamento, entre outros. As características dos pacientes incluem o grau de conhecimento que os mesmos têm sobre suas medicações, suporte social e as circunstâncias em que vivem.

A terapia tripla com dois nucleosídeos mais um inibidor da transcriptase reversa não análogo de nucleosídeo ou um potente inibidor da protease como primeira linha de tratamento tem atrasado a progressão da doença, melhorado a supressão viral e diminuído a mortalidade. Os inibidores da protease possuem vários efeitos colaterais tais como: parestesias periorais, lipodistrofia, lipoatrofia, hiperlipidemia, problemas gastrointestinais como diarreia e gastrite, fadiga e resistência à insulina. Esses efeitos tóxicos interferem na adesão ao tratamento, diminuem a qualidade de vida e, possivelmente, aumentam os sintomas depressivos.

Low-Beer et al (2002) num estudo para avaliar presença de depressão em pacientes portadores do HIV/Aids, em uso de inibidor da protease, concluíram que 52% dos pacientes apresentavam depressão em algum momento da vida.

Cook et al (2002) observaram que as pacientes que apresentavam maior nível de sintomas depressivos e menor assistência em saúde mental tinham menor probabilidade de estarem fazendo uso regular de HAART.

Holzemer et al (1999) destacaram que a depressão é uma das causas da não adesão ao tratamento anti-retroviral nos pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS. A gravidade da depressão está significativamente associada à diminuição da adesão (Murphy et al, 2001),

dados estes confirmados por Gordillo et al (1999) quando observaram que pacientes com aids e depressão apresentavam menor adesão ao tratamento anti-retroviral.

O não tratamento da depressão pode comprometer a adesão do paciente ao tratamento do HIV, potencializando os efeitos deletérios do HIV nesses indivíduos (Mandell et al, 1999).

Com este estudo pretende-se avaliar a relação entre a depressão em pacientes portadores do HIV/Aids e a adesão ao tratamento da infecção pelo HIV.

Muitos fatores contribuem para a não adesão ao tratamento da infecção pelo HIV, estando entre eles a depressão. Este estudo avaliou a associação entre o grau de adesão ao tratamento anti-retroviral e a depressão. A adesão é um dos pontos mais importantes no tratamento dos pacientes HIV-positivo. Um melhor conhecimento sobre adesão e uma intervenção relacionada à depressão são essenciais para aumentar a adesão ao tratamento anti-retroviral e diminuir com isso a resistência viral, um dos principais fatores de falência no tratamento desta infecção.

Sabe-se que o tratamento da depressão é eficaz em pacientes infectados pelo HIV, reduzindo os sintomas depressivos, aumentando a adesão ao tratamento anti-retroviral e melhorando o *status* imunológico do paciente e sua qualidade de vida.

H 0: Indivíduos HIV-positivo com depressão e sem depressão apresentam igual adesão ao tratamento da infecção pelo HIV.

H A: Indivíduos HIV-positivo com depressão não apresentam igual adesão ao tratamento da infecção pelo HIV que os indivíduos sem depressão.

- 1- Avaliar a prevalência de depressão em uma amostra de pacientes HIV/Aids em tratamento no Núcleo de Extensão ao Atendimento de Pacientes HIV/Aids da Divisão de Clínica de Moléstias Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - “Casa da Aids”.
 - 2- Avaliar a prevalência de adesão nos pacientes que faziam uso de medicação anti-retroviral.
 - 3- Avaliar a prevalência de não adesão entre os pacientes deprimidos.
 - 4- Comparar a adesão ao tratamento da infecção pelo HIV em pacientes deprimidos e não deprimidos.
 - 5- Avaliar a associação entre adesão e as características sócio-demográficas, clínicas, imunológicas e virológicas.
 - 6- Avaliar a associação entre a depressão e as características sócio-demográficas, clínicas, imunológicas e virológicas.
 - 7- Verificar quais as características clínicas e imunológicas relacionadas com a presença de depressão e da adesão ao tratamento.
-

5.1 População de estudo

Este estudo foi desenvolvido no ambulatório do Núcleo de Extensão ao Atendimento de Pacientes HIV/Aids da Divisão de Clínica de Moléstias Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo -“Casa da Aids”, no período de outubro de 2002 a outubro de 2003.

A “Casa da Aids” é um serviço especializado que oferece atendimento multidisciplinar, em nível ambulatorial e de Hospital Dia, a pacientes portadores do vírus HIV/Aids.

Os pacientes que participaram desta pesquisa foram atendidos no ambulatório da “Casa da Aids” e passaram pelos procedimentos habituais deste serviço: identificação na recepção, consulta com enfermagem e infectologista.

5.2 Amostragem

De acordo com a literatura pesquisada, a prevalência de depressão ao longo da vida em pacientes portadores do HIV varia de 30 a 50% (Atkinson et al, 1988). Supondo a prevalência de 40%, $\alpha=5\%$, precisão de $\pm 7,5\%$ e um intervalo de confiança de 95%, chegou-se a um total de 164 pacientes para serem avaliados quanto à presença de depressão (Hulley et al, 1988).

Para fins deste estudo, foram escolhidos sistematicamente os primeiros cinco pacientes que procuravam o ambulatório da “Casa da Aids” e que aceitassem participar do mesmo. Após consulta com enfermagem, eram

convidados a participar desta pesquisa. Quando atendiam aos critérios de inclusão e exclusão, apresentados a seguir, passavam a ser entrevistados pelo autor. Nenhum dos participantes do estudo era paciente do autor.

Dos pacientes que compareceram ao serviço para consulta de rotina com o infectologista, 164 deles participaram da pesquisa, vez que preenchiam os critérios de inclusão (ver critérios de inclusão), bem como aceitaram assinar o termo de consentimento livre esclarecido (ver Anexo A). Vinte pacientes convidados para a pesquisa não aceitaram participar do estudo: 11 alegaram falta de tempo para a entrevista, oito pacientes aceitaram participar, porém foram a suas consultas com seus respectivos infectologistas e não voltaram para a entrevista e, um, que a princípio aceitou participar, mas se recusou após ter lido o termo de consentimento livre esclarecido. Nenhum paciente foi excluído pelo pesquisador.

As entrevistas foram realizadas pelo pesquisador em um consultório da “Casa da Aids”, individualmente e em condições de privacidade, e duravam, em média, 40 minutos, de acordo com as necessidades de cada paciente. Nesse contato, eram aplicados os seguintes instrumentos: SCID/DSM-IV (Strutured Clinical Interview/Disgnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), HAM-D (Hamilton Rating for Depression), MMSE (MiniMental State Examination – Miniexame do Estado Mental), questionário sócio-demográfico, laboratorial, da doença e do tratamento e questionário de adesão.

5.2.1 Critérios de inclusão e exclusão

Os pacientes portadores do HIV/Aids que cumpriam os critérios de inclusão, listados a seguir, assinavam um termo de consentimento livre esclarecido - TCLE (Anexo A) de sua participação neste estudo.

Critérios de inclusão:

- a) pacientes com idade entre 18 e 65 anos;
- b) pacientes cordatos em participar deste estudo.

Critérios de exclusão:

- a) pacientes com doença em atividade no sistema nervoso central, avaliados pelo autor e com consulta do prontuário;
 - b) pacientes com quadro psicótico agudo ou crônico;
 - c) pacientes com seqüelas cognitivas que limitam os acessos diagnóstico e terapêutico.
-

5.2.2 Avaliação das alterações psicopatológicas e de adesão

Através dos instrumentos utilizados, as variáveis analisadas neste estudo foram:

- a) presença de depressão;
- b) variáveis sócio-demográficas: idade, sexo, raça, renda familiar;
- c) variáveis clínicas: doenças clínicas associadas, doenças oportunistas;
- d) variáveis imunológicas: dosagem de CD4 e carga viral;
- e) variáveis relacionadas ao tratamento: esquema anti-retroviral, uso de antidepressivo, tratamento de doenças oportunistas, tratamento de doenças associadas.

5.2.3 Instrumentos utilizados – escalas psicométricas e questionário de adesão

As escalas de avaliação em psiquiatria são instrumentos muito utilizados em pesquisas clínicas e foram desenvolvidas para fornecer medidas acuradas e reprodutíveis. A sua aplicação padronizada garante alto grau de reprodutibilidade, o que minimiza diferenças na coleta e no registro das observações, bem como no resultado final das avaliações. Os procedimentos de avaliação padronizados minimizam a influência desempenhada por fatores subjetivos do entrevistador no processo de coleta e registro dos dados, estabelecendo quais informações devem ser investigadas, como devem ser coletadas e registradas e de que forma vêm construir um resultado final comparável a outros dados resultantes de

processos de avaliação similares. Nos últimos 30 anos foram desenvolvidos e padronizados inúmeros instrumentos no campo da nosografia psiquiátrica. Muitas das escalas de avaliação contemporâneas foram desenvolvidas com o propósito fundamental de homogeneizar as amostras de sujeitos tanto a para pesquisa quanto para a clínica, além da formulação diagnóstica para estabelecer uma estratégia terapêutica objetivando estimar um prognóstico (Gorenstein et al, 1998).

Os diagnósticos de transtornos depressivos foram divididos em “atual”, se o diagnóstico esteve presente no último mês antes da entrevista, e “passada”, quando presente “ao longo da vida”, mas não no último mês.

Assim, para investigação das variáveis neste estudo, foram utilizados os instrumentos abaixo elencados:

SCID/DSM-IV

SCID/DSM-IV (Strutured Clinical Interview / Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) foi aqui utilizado para avaliar a presença de depressão atual e/ou passada. O SCID é uma entrevista semi-estruturada que diagnostica os principais transtornos mentais, segundo os critérios do DSM IV. Esse instrumento tem sido um dos mais utilizados em estudos científicos na atualidade.

Neste estudo, perguntas específicas sobre cada critério constituíram as entrevistas, porém, a alternativa assinalada não era baseada apenas na resposta do paciente, mas, principalmente, no julgamento clínico do

entrevistador. Frequentemente, e por achar necessário, o entrevistador reformulava uma ou outra pergunta, ou solicitava exemplos ao paciente, a fim de obter a resposta mais adequada. Para cada questão deve ser escolhida uma das alternativas abaixo:

1. Ausente ou falso
2. Subliminar
3. Liminar ou verdadeiro

Nesta pesquisa, foram avaliados apenas os seguintes diagnósticos do módulo de transtornos do humor:

- episódio depressivo maior atual;
- episódio depressivo maior passado.

A Associação Americana de Psiquiatria, através da publicação e revisão do DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), promove critérios diagnósticos padrões. Esses critérios são valiosos para os instrumentos diagnósticos conforme a versão atual do DSM.

As informações obtidas no SCID habilitam o entrevistador para:

- fazer a distinção diagnóstica baseado no DSM-IV;
 - avaliar compreensivamente os sintomas psiquiátricos nos pacientes psiquiátricos com vários transtornos dos eixos I e II, bem como nos não pacientes;
 - conduzir ensaios clínicos, epidemiológicos.
-

O SCID registra as informações do funcionamento psíquico e sintomatológico dos pacientes. As questões são feitas para sintomas específicos.

HAM-D: Hamilton Rating Scale for Depression

Uma das escalas largamente utilizada em pesquisa e ensaios clínicos nos pacientes com depressão e doenças crônicas e debilitantes, em uso de medicamentos antidepressivos, ou como medida de recuperação ou de evolução de um episódio depressivo (heteroavaliação), é a escala de depressão de Hamilton (HAM-D) (Moreno et al, 1998).

A HAM-D é uma escala elaborada para avaliar e quantificar a sintomatologia depressiva presente no paciente com transtorno do humor, com uso ou sem de uso de medicação antidepressiva, além de ser utilizada para medir a recuperação ou a evolução de um episódio depressivo (heteroavaliação) (Moreno et al, 1998). A sua confiabilidade tem sido consistente. Essa escala é largamente utilizada em pesquisa e ensaios clínicos.

Embora não se disponha de parâmetros fisiológicos ou biológicos para avaliar as manifestações clínicas da depressão, as escalas servem para medir e caracterizar os sintomas, traduzindo-os em informações objetivas e quantitativas. As escalas de avaliação podem traduzir os sintomas depressivos do paciente em determinado momento (Gorenstein et al, 1998).

Assim, neste estudo, e em seqüência à aplicação do SCID/DSM-IV, o paciente foi submetido a uma avaliação de gravidade através da escala de depressão de Hamilton, caso apresentasse episódio depressivo atual.

Dentre as três versões da escala de Hamilton: 17, 21 e 24 itens, utilizou-se aqui a escala de 17 itens, a mais usada nos estudos em geral. Nesta versão, as pontuações obtidas em cada questão desta escala variam de 0-2 ou de 0-4, considerando-se normal, pontuações menores ou iguais a 7, entre 8 e 13 indicam depressão leve, entre 14 e 18 depressão moderada, entre 19 e 22 depressão grave, e igual ou acima de 23, depressão muito grave.

Há que se ressaltar o fato de as questões terem sido avaliadas de acordo com a intensidade e frequência dentro de um determinado período de dias. Os escores de cada item resumem a frequência e a intensidade dos sintomas.

Questionário: Sócio-demográfico, Laboratorial, da Doença e do Tratamento

Os dados referentes a idade, sexo, renda familiar, tempo de infecção, terapêutica em uso, antecedentes pessoais (doenças clínicas, doenças oportunistas e psiquiátricas) e familiares, hábitos e uso de álcool, drogas e nicotina foram avaliados por questionário elaborado para tal (Anexo B). Nesse questionário, o pesquisador levantou os resultados mais recentes de CD4 e carga viral através de consultas nos prontuários dos pacientes.

A quantificação de células T CD4⁺ e de carga viral foi realizada conforme rotina do serviço da “Casa da Aids”. A contagem de CD4 foi feita pelo método de citometria de fluxo e a de carga viral pelo método vigente – (*Nucleic acid sequence based amplification*, NASBA), sem necessidade de realização de exames adicionais.

Questionário de adesão

Para avaliar o grau de adesão dos pacientes em uso de anti-retrovirais foi também aplicado um questionário (Anexo C). Assim, pacientes que fizeram uso de pelo menos 95% de suas medicações num período de 4 dias que antecederam a entrevista foram considerados pacientes que aderiram ao tratamento (Singh et al, 1996).

MMSE - Miniexame do Estado Mental

MMSE (MiniMental State Examination – Miniexame do Estado Mental) é uma escala utilizada para avaliação cognitiva, razão pela qual foi empregada nos pacientes deste estudo. Essa escala avalia quadros demências com a finalidade específica de determinar as condições intelectuais de pacientes com suspeita de demência.

Sabe-se que a demência, associada ao HIV/Aids, é um problema de saúde mental que pode ocorrer com a evolução da doença do HIV, bem como com o envelhecimento dessa população.

O diagnóstico de demência pela CID-10 (classificação internacional de doenças, décima revisão) ou pelo DSM-IV baseia-se no declínio da memória e de outras funções corticais superiores como: linguagem, práxis, capacidade de reconhecer e identificar objetos, abstração, organização, capacidade de planejamento e seqüenciamento. O comprometimento das funções cognitivas pode ser precedido por deterioração do controle emocional e por outras alterações do comportamento. Esses sintomas devem interferir na vida diária dos pacientes.

Existem, até o momento, quatro áreas para avaliar os quadros demências:

- escalas para avaliação cognitiva;
- escalas para avaliação do desempenho em atividades da vida diária;
- escalas para avaliação de alterações psicopatológicas;
- escalas para determinar a gravidade da demência.

As questões que compõem esse instrumento estão agrupadas em sete categorias, cada uma delas planejada com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas:

- orientação para tempo (5 pontos);
- orientação para local (5 pontos);
- registro de três palavras (3 pontos);
- atenção e cálculo (5 pontos);
- lembrança das três palavras(3 pontos);
- linguagem (8 pontos);
- capacidade construtiva visual (um ponto).

O escore pode variar de zero até o máximo de 30 pontos. O tempo para a aplicação desta escala varia de 5 a 10 minutos e o ponto de corte 23/24 tem boa a excelente sensibilidade (54 a 100%) e especificidade (62 a 100%) para o diagnóstico de demência.

De acordo com estudos feitos na nossa população, conforme tradução brasileira feita em 1994 foram sugeridos os seguintes pontos de corte: 13 para analfabetos, 18 para escolaridade baixa/média e 26 para escolaridade alta (Gorentein et al, 1998).

5.2.4 Análise estatística

Para verificar os fatores associados à presença de depressão, primeiramente foi feito o teste de associação pelo Qui-quadrado e, a seguir, análise de regressão logística múltipla.

As variáveis qualitativas foram representadas por frequência absoluta e relativa (%), e as quantitativas por média, desvio padrão e valores mínimo e máximo.

A presença de associação entre depressão e adesão ao medicamento e os parâmetros qualitativos sexo, estado civil e grau de escolaridade foi avaliada pelo teste do Qui-quadrado.

No parâmetro carga viral, dos 164 pacientes da amostra, 69 (42,1%) apresentaram resultados indetectáveis e foi atribuído o valor 399 a todos esses pacientes. Foi também aplicada a transformação logarítmica a esse parâmetro de forma a reduzir a variabilidade da distribuição.

Os grupos formados segundo presença ou não de depressão e adesão ou não ao medicamento foram comparados em relação aos parâmetros renda familiar, número de pessoas, CD4 e carga viral pela prova não paramétrica de Mann-Whitney devido à grande variabilidade dos

mesmos. Foi aplicado o teste t de *Student* para amostras independentes a fim de analisar o parâmetro idade e carga viral (log) na comparação entre os grupos de interesse.

Adotou-se o nível de significância de 0,05 ($\alpha = 5\%$), e níveis descritivos (p) inferiores a esse valor foram considerados significantes e representados por*.

5.2.5 DESENHO DO ESTUDO – FLUXOGRAMA

5.2.6 Aspectos éticos

O protocolo de pesquisa desta dissertação foi aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, na sessão de 26/09/2002, sob o número de protocolo 578/02.

Todos os pacientes que aceitaram participar deste estudo assinaram termo de consentimento livre esclarecido (Anexo A).

Por motivos éticos, os pacientes que apresentavam depressão atual foram encaminhados ao orientador para tratamento com os antidepressivos disponíveis no serviço.

6.1 Perfil sócio-demográfico

A idade dos pacientes apresentou uma variação entre 20 e 62 anos, com média de 39 anos ($dp = 9$). A distribuição por faixa etária foi: 23 (14,0%) pacientes com idade entre 20 e 29 anos; 82 (50,0%) pacientes entre 30 e 39 anos; 35 (21,3%) pacientes entre 40 e 49 anos; 21 (12,8%) pacientes entre 50 e 59 anos e três (1,8%) pacientes com idade igual ou superior a 60 anos (Tabela 1A).

Quanto ao sexo: 46 (28,0%) eram do sexo feminino e 118 (72,0%) do sexo masculino (Tabela 1A).

Quanto ao estado civil dos 164 pacientes da amostra: 97 (59,1%) eram solteiros; 34 (20,7%) casados; 12 (7,3%) viúvos; 12 (7,3%) separados e nove (5,5%) declararam outros estados (Tabela 1 A).

Em relação à naturalidade dos pacientes: 77 (47,0%) eram da Capital de São Paulo; 23 (14,0%) eram de cidades do Estado de São Paulo; 17 (10,4%) dos demais estados da Região Sudeste (Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo); 9 (5,5%) da Região Sul; 4 (2,4%) da Região Norte; 29 (17,7%) da Região Nordeste; 3 (1,8%) da Região Centro-Oeste e 2 (1,2%) não nasceram no Brasil.

6.2 Condições de vida

A renda familiar mensal variou entre R\$ 105,00 e R\$ 16.000,00, com média de R\$ 2.043,52 ($d.p. = R\$ 2.102,16$).

O número de residentes na casa do paciente variou entre um e 14 pessoas, sendo que: 35 (21,3%) moravam sozinhos; 37 (22,6%) com uma pessoa; 32 (19,5%) com 2 pessoas; 28 (17,1%) com três pessoas; 16 (9,8%) com quatro pessoas; 7 (4,3%) com cinco pessoas; cinco (3,0%) com seis pessoas; um (0,6%) com oito pessoas; um (0,6%) com nove pessoas; um (0,6%) com 10 pessoas e um (0,6%) morava com 13 pessoas (Tabela 1 B).

Quanto ao grau de escolaridade dos 164 pacientes da amostra: um (0,6%) era analfabeto; 35 (21,3%) estudaram até a primeira fase do ensino fundamental; 36 (22,0%) estudaram até a segunda fase do ensino fundamental; 50 (30,5%) estudaram até o ensino médio e 42 (25,6%) estudaram até o ensino superior (Tabela 1 B).

Tabela 1A – Parâmetros sócio-demográficos dos 164 pacientes – Casa da Aids – 2002 a 2003

Parâmetros	(n = 164)
<i>Idade (anos)</i>	
Média	39
(dp)	(9)
Mínimo – máximo	20 – 62
<i>Sexo – n (%)</i>	
Feminino	46 (28,0)
Masculino	118 (72,0)
<i>Estado civil – n (%)</i>	
Solteiro	97 (59,1)
Casado	34 (20,7)
Viúvo	12 (7,3)
Separado	12 (7,3)
Outros	9 (5,5)

Tabela 1B – Parâmetros sócio-demográficos dos 164 pacientes – Casa da Aids – 2002 a 2003

Renda familiar mensal	(R\$)
Média	2.043,52
(dp)	(2.102,16)
Mínimo – máximo	105,00 – 16.000,00
Número de pessoas que moram junto com o paciente n (%)	
Nenhuma	35 (21,3)
Uma	37 (22,6)
Duas	32 (19,5)
Três	28 (17,1)
Quatro ou mais	32 (19,5)
Grau de escolaridade – n (%)	
Analfabeto	1 (0,6)
1ª fase do Ensino Fundamental	35 (21,3)
2ª fase do Ensino Fundamental	36 (22,0)
Ensino Médio	50 (30,5)
Ensino Superior	42 (25,6)

6.3 Categorias de exposição ao HIV

Mais de oitenta e cinco por cento dos pacientes infectaram-se com o HIV através de relações sexuais, não havendo diferença entre as porcentagens de homossexuais e heterossexuais. Apenas 7,9% dos pacientes eram usuários de drogas injetáveis. A distribuição dos pacientes quanto à epidemiologia para o HIV encontra-se na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes quanto à categoria de exposição ao HIV – Casa da Aids - 2002 a 2003

Epidemiologia para o HIV	nº	%
Usuário de drogas injetáveis	13	7,9
*HSH	65	39,6
Bissexual	15	9,1
Heterossexual	65	39,6
Transfusão sangüínea	3	1,8
Ignorado	3	1,8
Total	164	100,0

*HSH – homens que fazem sexo com homens

6.4 Antecedentes pessoais

Na presente amostra, 62 (37,8%) pacientes disseram apresentar alguma doença clínica associada e 61 (37,2%) disseram ter antecedentes de doenças oportunistas.

Em relação aos antecedentes psiquiátricos, temos:

- Sessenta e três 63 (38,41%) relataram doenças psiquiátricas prévias, a saber: dois (3,17%), dos 63 pacientes, ansiedade, Um (1,58%) insônia, 49 (77,77%) depressão, um (1,58%) angústia, e um (1,58%) transtorno bipolar;
- Dois (3,17%) declararam internações psiquiátricas prévias;
- Seis (9,52%) foram internados previamente por dependência de álcool;

- Quarenta e dois (66,67%) têm antecedentes de uso de substâncias psicoativas;
- Oito (12,69%) foram internados previamente por uso abusivo de substâncias psicoativas.

Apenas 16 (9,7%) dos 164 pacientes da amostra não estavam fazendo uso de nenhum tipo de medicamento na data da consulta.

6.5 Antecedentes familiares

Na presente amostra, 17 (10,4%) dos pacientes fizeram referência à presença de depressão em algum dos familiares: pai, mãe ou irmão.

6.6 Status imunológico, virológico e clínico

O tempo transcorrido desde o diagnóstico da infecção pelo HIV até a entrevista variou de 3 meses a 15 anos e 6 meses, com média de 5 anos e 5 meses (d.p. = 3 anos e 6 meses).

A tabela 3 mostra a última avaliação de CD4 e Carga Viral dos pacientes da amostra.

Tabela 3 – Status imunológico e virológico dos 164 pacientes – Casa da Aids – 2002 a 2003

Parâmetro	Média	d.p.	Mediana	Mínimo	Máximo	N
CD4	404,8	262,1	370	4	1419	164
Carga Viral (log)	3,55	1,06	3,21	2,60	6,88	164

No parâmetro CD4, dos 164 pacientes com seus respectivos exames, 33 (20,1%) apresentaram resultado abaixo de $200/\text{mm}^3$, 84 (51,2%) entre 200 e $499/\text{mm}^3$ e 46 (28,0%) com resultados iguais ou superiores a $500/\text{mm}^3$.

No parâmetro carga viral, dos 164 pacientes da amostra, 69 (42,1%) pacientes apresentaram resultados indetectáveis.

6.7 Uso de substâncias psicoativas

Na amostra de 164 pacientes, 122 (74,4%) não apresentavam antecedentes de uso de substâncias psicoativas e 42 (25,6%) apresentavam esses antecedentes. Na época da entrevista, num período igual ou inferior a 7 dias, 9 (5,5%) usavam drogas (maconha ou cocaína) e 33 (20,1%) estavam abstinentes por um período superior a 7 dias.

6.8 Dias da semana em que foram realizadas as entrevistas

Considerando que alguns pacientes poderiam deixar de tomar suas medicações durante os finais de semana, avaliou-se a adesão durante a semana e nos finais de semana (Tabela 4).

Tabela 4 – Associação entre os dias da semana em que foram realizadas as entrevistas, divididas em grupo de dias, e adesão ao tratamento dos 137 pacientes que faziam uso de anti-retrovirais – Casa da Aids – 2002 a 2003

Dia da semana em que foi realizada a entrevista	Adesão ao Tratamento					
	Ausente (n = 28)		Presente (n = 109)		Total (n = 137)	
	n	%	n	%	n	%
Terça-feira ou Quarta-feira	5	(29,4)	12	(70,6)	17	(100,0)
Quinta-feira ou Sexta-feira	23	(19,2)	97	(80,8)	120	(100,0)

Teste do Qui-quadrado: 0,327

Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre dia da semana em que foi realizada a entrevista e adesão ao tratamento ($p = 0,327$). No grupo de casos avaliados nas terças ou quartas a adesão foi de 70,6%, e no grupo de casos avaliados nas quintas ou sextas a adesão foi de 80,8%.

6.9 SCID

Apresentaram depressão atual 28 (17,1%) pacientes da amostra e em 75 (45,7%) deles foi diagnosticada depressão no passado.

Comparando-se os resultados do SCID atual e passado: 79 (48,2%) não apresentavam depressão atual, tampouco passada; 57 (34,7%) não apresentavam depressão atual, mas sim passada; 10 (6,1%) apresentavam depressão atual, mas não depressão passada e 18 (11,0%) apresentavam depressão atual e passada.

Em resumo, 85 (51,8%) pacientes apresentavam ou apresentaram depressão no passado, segundo resultados do SCID.

6.10 HAM-D

O escore total do HAM-D dos 28 pacientes com depressão atual variou entre 12 e 38, com média de 24,0 (d.p. = 7,0).

Considerando os pontos de corte da escala, três (1,8%) apresentavam depressão leve, três (1,8%) depressão moderada, cinco (3,0%) depressão grave, 16 (9,8%) depressão muito grave e um deles não preencheu a escala de HAM-D.

6.11 MMSE – Miniexame do Estado Mental

O escore total do MMSE variou entre 18 e 30, com média de 28 (dp = 3).

No que se refere aos pontos de corte sugeridos:

- apenas um paciente analfabeto teve escore 22, superior ao ponto de corte 13;
- na faixa de escolaridade baixa ou média, a menor pontuação obtida foi de 18, dentro dos padrões de normalidade;
- na faixa de escolaridade alta, a menor pontuação obtida foi de 26, dentro dos padrões de normalidade.

Em resumo, todos os pacientes estavam dentro dos padrões de normalidade da escala.

6.12 Doenças oportunistas

Na amostra de 164 pacientes, 61 (37,2%) já haviam apresentado ou apresentavam doenças oportunistas.

6.13 Presença de depressão atual

A amostra de 164 pacientes foi dividida segundo a presença de depressão atual e esses dois grupos foram comparados em relação aos parâmetros sócio-demográficos e status da doença.

Vinte e oito pacientes (17,7%) apresentaram depressão atual, IC 95% [11,65%; 23,72%].

Entre os dois grupos não foi encontrada diferença estatisticamente significativa em relação aos parâmetros: sexo, estado civil, grau de escolaridade, renda familiar mensal, número de pessoas que moram com o paciente, CD4 e carga viral ($p > 0,05$) (Tabela 5-A, Tabela 5-B, Tabela 5-C).

Foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação à idade dos pacientes ($p = 0,040$), uma vez que aqueles com depressão apresentaram média de idade significativamente menor do que a do grupo sem depressão (Tabela 5-A).

Tabela 5A - Presença de depressão atual dos 164 pacientes deste estudo – Casa da Aids – 2002 a 2003

Variável	Depressão Atual		Comparação
	Ausente (n = 136)	Presente (n = 28)	
Sexo – n (%)			
Feminino	38 (27,9)	8 (28,6)	P = 0,946
Masculino	98 (72,1)	20 (71,4)	
Idade			
Média	39,2	36,1	p = 0,040*
(d.p.)	(9,4)	(6,7)	
Estado Civil – n (%)			
Solteiro	79 (58,1)	18 (64,3)	p = 0,647
Casado	31 (22,8)	3 (10,7)	
Viúvo	9 (6,6)	3 (10,7)	
Separado	10 (7,4)	2 (7,1)	
Outros	7 (5,1)	2 (7,1)	

Teste t de Student

Tabela 5B - Presença de depressão atual dos 164 pacientes deste estudo – Casa da Aids – 2002 a 2003

Variável	Depressão Atual		Comparação
	Ausente (n = 136)	Presente (n = 28)	
Renda Familiar			
Média	2.095,1	1.791,5	p = 0,582
(d.p.)	(2.193,9)	(1.588,0)	
Mediana	1.500	1.000	
Número de pessoas			
Média	3	3	p = 0,652
(d.p.)	(2)	(2)	
Mediana	3	3	
Grau de escolaridade			
Analfabeto	1 (0,7)	0 (0,0)	p = 0,586
1ª fase do Ens. Fund.*	27 (19,9)	8 (26,8)	
2ª fase do Ens. Fund.*	32 (23,5)	4 (14,3)	
Ensino Médio	43 (31,6)	7 (25,0)	
Ensino Superior	33 (24,3)	9 (32,1)	

*Ensino Fundamental

Tabela 5C - Presença de depressão atual dos 164 pacientes deste estudo – Casa da Aids – 2002 a 2003

Variável	Depressão Atual		
	Ausente (n = 136)	Presente (n = 28)	Comparação
<i>CD4</i>			
Média	405,1	403,3	p = 0,675
(d.p.)	(269,3)	(226,6)	
Mediana	370	389	
<i>Carga Viral(log)</i>			
Média	3,59	3,39	p = 0,381
d.p.)	1,05	1,16	

Teste t de Student

6.14 Presença de depressão passada

A amostra de 164 pacientes foi dividida segundo à presença ou não de depressão passada e esses dois grupos foram comparados em relação aos parâmetros sócio-demográficos e *status* da doença.

Setenta e cinco pacientes (45,73%) apresentaram antecedente de depressão passada em alguma fase de suas vidas, IC 95% [37,94%; 53,68%].

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos em relação aos parâmetros: sexo, idade, estado civil, grau de escolaridade, renda familiar mensal, número de pessoas que moram com o paciente, CD4 ($p > 0,05$) (Tabela 6-A, Tabela 6-B, Tabela 6-C).

Foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação à carga viral dos pacientes ($p = 0,009$), visto que os pacientes com depressão apresentaram valores de carga viral significativamente maiores do que os do grupo sem depressão (Tabela 6-C).

Tabela 6A - Presença de depressão passada dos 164 pacientes deste estudo – Casa da Aids – 2002 a 2003

Variável	Depressão Passada		Comparação
	Ausente (n = 89)	Presente (n = 75)	
Sexo – n (%)			
Feminino	20 (22,5)	26 (34,7)	p = 0,083
Masculino	69 (77,5)	49 (65,3)	
Idade			
Média	39,2	38,1	p = 0,436
(d.p.)	(9,7)	(8,2)	
Estado Civil – n (%)			
Solteiro	56 (62,9)	41 (54,7)	p = 0,407
Casado	20 (22,5)	14 (18,7)	
Viúvo	4 (4,5)	8 (10,7)	
Separado	5 (5,6)	7 (9,3)	
Outros	4 (4,5)	5 (6,7)	

Teste de t student

Tabela 6B - Presença de depressão passada dos 164 pacientes deste estudo – Casa da Aids – 2002 a 2003

Variável	Depressão Passada		
	Ausente (n = 89)	Presente (n = 75)	Comparação
<i>Renda Familiar</i>			
Média	2.217,9	1.843,2	p = 0,520
(d.p.)	(2.472,2)	(1.567,2)	
Mediana	1.500	1.200	
<i>Número de pessoas</i>			
Média	3	3	p = 0,178
(d.p.)	(2)	(2)	
Mediana	3	3	
<i>Grau de escolaridade</i>			
Analfabeto	1 (1,1)	0 (0,0)	p = 0,467
1ª fase do Ens. Fund.*	23 (25,8)	12 (16,0)	
2ª fase do Ens.Fund.*	14 (19,1)	19 (25,3)	
Ensino Médio	26 (29,2)	24 (32,0)	
Ensino Superior	22 (24,7)	20 (26,7)	

*Ensino Fundamental

Tabela 6C - Presença de depressão passada dos 164 pacientes deste estudo – Casa da Aids – 2002 a 2003

Variável	Depressão Passada		Comparação
	Ausente (n = 89)	Presente (n = 75)	
<i>CD4</i>			
Média	425,0	380,1	p = 0,335
(d.p.)	(270,2)	251,6)	
Mediana	375	368,5	
<i>Carga Viral(log)</i>			
Média	3,35	3,79	p = 0,009*
..(d.p.)	(0,97)	(1,12)	

*Teste t de Student

6.15 Presença de depressão atual ou passada

A amostra de 164 pacientes foi dividida segundo a presença de depressão, e esses dois grupos foram comparados em relação aos parâmetros sócio-demográficos e *status* da doença.

Oitenta e cinco pacientes (51,83%) apresentaram depressão atual ou passada, IC 95% [43,90%; 59,69%].

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos em relação aos parâmetros: sexo, idade, estado civil, grau de escolaridade, renda familiar mensal, número de pessoas que moram com o paciente, CD4 e carga viral ($p > 0,05$) (Tabela 7-A, tabela 7-B, Tabela 7-C).

Tabela 7A - Presença de depressão atual ou passada dos 164 pacientes deste estudo – Casa da Aids – 2002 a 2003

Variável	Depressão Atual ou Passada		Comparação
	Ausente (n = 79)	Presente (n = 85)	
<i>Sexo – n (%)</i>			
Feminino	18 (22,8)	28 (32,9)	p = 0,148
Masculino	61 (77,2)	57 (67,1)	
<i>Idade</i>			
Média	39,5	38,0	p = 0,300
(d.p.)	(10,2)	(7,9)	
<i>Estado Civil – n (%)</i>			
Solteiro	48 (60,0)	49 (57,6)	p = 0,340
Casado	20 (25,3)	14 (16,5)	
Viúvo	4 (5,1)	8 (9,4)	
Separado	4 (5,1)	8 (9,4)	
Outros	3 (3,8)	6 (7,1)	

Tabela 7B - Presença de depressão atual ou passada dos 164 pacientes deste estudo – Casa da Aids – 2002 a 2003

Variável	Depressão Atual ou Passada		Comparação
	Ausente (n = 79)	Presente (n = 85)	
<i>Renda Familiar</i>			
Média	2.253,6	1.851,1	p = 0,481
(d.p.)	(2.553,0)	(1.572,3)	
Mediana	1.500	1.200	
<i>Número de pessoas</i>			
Média	3	3	p = 0,175
(d.p.)	(2)	(2)	
Mediana	2	3	
<i>Grau de escolaridade</i>			
Analfabeto	1 (1,3)	0 (0,0)	p = 0,966
1ª fase do Ens. Fund.*	18 (22,8)	18 (22,8)	
2ª fase do Ens.Fund*.	16 (20,3)	16 (20,3)	
Ensino Médio	25 (31,6)	25 (31,6)	
Ensino Superior	19 (24,1)	19 (24,1)	

*Ensino Fundamental

Tabela 7C - Presença de depressão atual ou passada dos 164 pacientes deste estudo – Casa da Aids – 2002 a 2003

Variável	Depressão Atual ou Passada		Comparação
	Ausente (n = 79)	Presente (n = 85)	
<i>CD4</i>			
Média	448,1	392,2	p = 0,678
(d.p.)	(270,9)	(254,4)	
Mediana	369	370	
<i>Carga Viral(log)</i>			
Média	3,41	3,68	p = 0,105
(d.p.)	(1,0)	(1,1)	

Teste t de Student

6.16 Associação entre depressão atual e passada

Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a presença de depressão atual e a presença de depressão passada ($p = 0,030$), visto que no grupo de pacientes que não apresentavam depressão atual, 41,9% apresentavam presença de depressão passada, enquanto que no grupo com presença de depressão atual, essa proporção foi expressivamente maior, 64,3% dos pacientes apresentavam depressão passada (Tabela 8).

Tabela 8 - Associação entre depressão atual e passada dos 164 pacientes deste estudo – Casa da Aids – 2002 a 2003

Depressão passada	Depressão atual					
	Ausente		Presente		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ausente	79	58,1	10	35,7	89	54,3
Presente	57	41,9	18	64,3	75	45,7
TOTAL	136	100,0	28	100,0	164	100,0

Teste do Qui-quadrado: $p = 0,030$ *

6.17 Depressão e adesão ao tratamento

Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a presença de depressão e a adesão ao medicamento ($p = 1,000$ para depressão atual, $p = 0,137$ para depressão passada e $p = 0,477$ para depressão atual e/ou passada) (Tabela 9).

Tabela 9 - Associação entre depressão atual ou passada e adesão dos 137 pacientes que faziam uso de anti-retrovirais – Casa da Aids – 2002 a 2003

Depressão	Adesão ao Tratamento			Comparação
	Ausente (n = 28)	Presente (n = 109)	Total (n = 137)	
<i>Atual – n (%)</i>				
Ausente	23 (20,4)	90 (79,6)	113 (100,0)	p ₁ = 1,000
Presente	5 (20,8)	19 (92,9)	24 (100,0)	
<i>Passada – n (%)</i>				
Ausente	11 (15,5)	60 (84,5)	71 (100,0)	p ₂ = 0,137
Presente	17 (25,8)	49 (74,2)	66 (100,0)	
<i>Atual ou Passada n (%)</i>				
Ausente	11 (17,7)	51 (82,3)	62 (100,0)	p ₂ = 0,477
Presente	17 (22,7)	58 (77,3)	75 (100,0)	

p_1 : Teste exato de Fisher

p_2 : Teste do Qui-quadrado

6.18 Associação entre uso de anti-retrovirais e depressão

Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre o uso de anti-retrovirais e a presença atual de depressão ($p = 0,157$), sendo que no grupo de pacientes que não faziam uso de anti-retrovirais, 33,3% apresentavam presença de depressão, e no grupo com uso de anti-retrovirais, 48,2% dos pacientes apresentavam depressão (Tabela 10).

Tabela 10 - Associação entre uso de anti-retrovirais e depressão atual dos 164 pacientes deste estudo – Casa da Aids – 2002 a 2003

Depressão Atual	Uso de Anti-Retrovirais					
	Ausente		Presente		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ausente	18	66,7	71	51,8	89	54,3
Presente	9	3,3	66	48,2	75	45,7
TOTAL	27	100,0	137	100,0	164	100,0

Teste do Qui-quadrado: $p = 0,157$

6.19 Associação entre uso de drogas e depressão

Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre o uso de drogas e presença de depressão atual ($p = 0,384$), visto que no grupo de pacientes que nunca fizeram uso de drogas, 15,6% apresentavam presença de depressão e no grupo de usuários de drogas, 21,4% dos pacientes tinham depressão (Tabela 11).

Tabela 11 - Associação entre uso de drogas e depressão atual dos 164 pacientes deste estudo – Casa da Aids – 2002 a 2003

Depressão Atual	Uso de drogas					
	Não usuários		Usuários		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ausente	103	84,4	33	78,6	136	82,9
Presente	19	15,6	9	21,4	28	17,1
TOTAL	122	100,0	42	100,0	164	100,0

Teste do Qui-quadrado: $p = 0,384$

Consta da tabela 12 a avaliação da presença de associação entre a abstinência de uso de drogas na semana anterior à entrevista e presença de depressão atual. Para tanto, foram utilizados somente os 42 pacientes usuários de drogas em algum momento da vida.

Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre o uso atual de drogas e presença de depressão atual ($p = 1,000$), sendo que no grupo de pacientes que não estavam fazendo uso de drogas, 21,2% apresentavam presença de depressão e no grupo de usuários de drogas, 22,2% dos pacientes tinham depressão.

Tabela 12 - Associação entre uso de drogas no decorrer da vida e depressão atual dos 42 pacientes que tinham antecedentes de uso de substância psicoativa – Casa da Aids – 2002 a 2003

Depressão Atual	Uso de drogas					
	Abstinentes		Usuários		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ausente	26	78,8	7	77,8	33	78,6
Presente	7	21,2	2	22,2	9	21,4
TOTAL	33	100,0	9	100,0	42	100,0

Teste exato de Fisher: $p = 1,000$

Na tabela 13 foi avaliada a presença de associação entre o uso de drogas e presença de depressão atual. Para tanto, foram utilizados somente os 122 pacientes que nunca usaram drogas e os nove pacientes que fizeram uso de drogas na semana anterior à entrevista.

Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre o uso de drogas e presença de depressão atual ($p = 0,636$), sendo que no grupo de pacientes que nunca fizeram uso de drogas, 15,6% apresentavam presença de depressão e no grupo de usuários de drogas em um período $\leq$ a 7 dias anterior à entrevista, 22,2% dos pacientes tinham depressão (Tabela 13).

Tabela 13 - Associação entre uso de drogas nos últimos 7 dias e depressão atual dos 122 pacientes que nunca fizeram uso de drogas e dos 9 usuários – Casa da Aids – 2002 a 2003

Depressão Atual	Uso de drogas					
	Não usuários		Usuários $\leq$ 7 Dias		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ausente	103	84,4	7	77,8	110	84,0
Presente	19	15,6	2	22,2	21	16,0
TOTAL	122	100,0	9	100,0	131	100,0

Teste exato de Fisher: $p = 0,636$

6.20 Adesão ao tratamento da infecção pelo HIV

Pacientes que tomavam 95% ou mais das medicações prescritas pelos seus infectologistas foram considerados pacientes que aderiram ao tratamento. Na presente amostra, 27 (16,5%) deles não estavam fazendo uso de medicações para infecção pelo HIV/Aids no momento da entrevista.

Dos 137 pacientes que faziam uso de anti-retrovirais, 109 (79,56%) foram considerados pacientes que aderiram ao tratamento, IC 95% [71,83%; 85,97%].

Em relação às dificuldades para tomar as medicações, seis (3,6%) pacientes consideraram muito difícil tomar as medicações, 11 (6,7%) consideraram difícil, 24 (14,6%) consideraram pouco difícil, 96 (58,5%) não tiveram nenhum problema e os demais não estavam fazendo uso de anti-retrovirais (ARV).

Quanto à necessidade de ajuda com as medicações, 46 (28,0%) pacientes precisavam da ajuda de alguém, às vezes ou sempre, para lembrar dos horários da medicação.

O horário para o uso da medicação foi organizado pelo paciente, utilizando-se de relógios, despertadores, celulares ou ajuda de outras pessoas. Outros problemas, tais como gastrite, dificuldade para tomar qualquer comprimido, fidelidade ao horário, tamanho do comprimido, dor de estômago e lipodistrofia também foram citados como causa para dificultar o uso da medicação.

Nos últimos 4 dias da entrevista, dos 164 pacientes, 109 (66,5%) pacientes não deixaram de tomar nenhum comprimido, 28 (17,1%) deixaram de tomar pelo menos uma dose da medicação e 27 (16,5%) pacientes não estavam fazendo uso de ARV.

Dos 164 pacientes, 127 (77,4%) disseram não ter tido nenhuma dificuldade para ir às consultas. As dificuldades mais citadas por aqueles

que não compareceram às consultas foram: coincidência com o horário de trabalho, falta de dinheiro e esquecimento.

Quando interrogados sobre a ausência em alguma consulta nos últimos 6 meses, 119 (72,6%) declararam não ter faltado a nenhuma delas.

6.21 Adesão ao medicamento

A amostra de 137 pacientes que faziam uso de anti-retrovirais foi dividida segundo à presença ou não de adesão ao medicamento e esses dois grupos foram comparados em relação aos parâmetros sócio-demográficos e *status* da doença. Os pacientes que não estavam usando anti-retrovirais foram excluídos desta análise.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos em relação aos parâmetros: estado civil, grau de escolaridade, renda familiar mensal, número de pessoas que moram com o paciente, CD4 ($p > 0,05$) (Tabela 14-A, Tabela 14-B, Tabela 14-C).

Foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos que aderiram e os que não aderiram ao tratamento no que se refere aos parâmetros sexo ($p = 0,001$), idade ($p = 0,012$) e carga viral ($p = 0,009$).

O grupo que aderiu estava composto predominantemente por homens, 79,8% de homens e 20,2% de mulheres; distribuição expressivamente diferente daquela encontrada no grupo dos que não fizeram sua adesão: 50,0% de homens e 50,0% de mulheres.

Quanto ao parâmetro idade, os pacientes que aderiram ao tratamento apresentaram média de idade significativamente maior do que os do grupo que não aderiu (Tabela 14-A).

No parâmetro carga viral, os pacientes que aderiram ao tratamento apresentaram valores significativamente menores do que aqueles do grupo que não aderiu (Tabela 14-C).

Tabela 14A - Adesão ao tratamento do HIV dos 137 pacientes que faziam uso de anti-retrovirais – CASA DA Aids – 2002 a 2003

Variável	Adesão ao Tratamento		Comparação
	Ausente (n = 28)	Presente (n = 109)	
Sexo – n (%)			
Feminino	14 (50,0)	22 (20,2)	p = 0,001*
Masculino	14 (50,0)	87 (79,8)	
Idade – média (d.p.)			
Média	35,8	40,3	p = 0,012*
(d.p.)	(7,9)	(9,2)	
Estado Civil – n (%)			
Solteiro	13 (46,4)	65 (59,6)	p = 0,146
Casado	7 (25,0)	22 (20,2)	
Viúvo	5 (17,9)	5 (4,6)	
Separado	2 (7,1)	9 (8,3)	
Outros	1 (3,6)	8 (7,3)	

Tabela 14B - Adesão ao tratamento do HIV dos 137 pacientes que faziam uso de anti-retrovirais – Casa da Aids – 2002 a 2003

Variável	Adesão ao Tratamento		Comparação
	Ausente (n = 28)	Presente (n = 109)	
<i>Renda Familiar</i>			
Média	1.701,10	2.053,60	p = 0,757
(d.p.)	(1.326,20)	(2.342,40)	
Mediana	1.250,00	1.500,00	
<i>Número de pessoas que moram na mesma casa</i>			
Média	4	3	p = 0,131
(d.p.)	(2)	(2)	
Mediana	3	3	
<i>Grau de escolaridade</i>			
Analfabeto	0 (0,0)	1 (0,9)	p = 0,918
1ª fase do Ens. Fund.*	7 (25,0)	24 22,0)	
2ª fase do Ens. Fund.*	7 (25,0)	21 19,3)	
Ensino Médio	8 (28,6)	36 33,0)	
Ensino Superior	6 (21,4)	27 24,8)	

*Ensino Fundamental

Tabela 14C - Adesão ao tratamento do HIV dos 137 pacientes que faziam uso de anti-retrovirais – Casa da Aids – 2002 a 2003

CD4			
Média	334,2	405,3	p = 0,163
(d.p.)	(241,5)	(272)	
Mediana	318	375	
Carga Viral			
Média	3,98	3,28	p = 0,009 *
dp	1,26	0,94	

Foi aplicada a técnica de Análise de Regressão Logística com o método *Stepwise* de seleção de variáveis (Tabela 15).

Tabela 15 – Adesão ao tratamento em relação aos parâmetros: sexo, idade e carga viral dos 137 pacientes que faziam uso de anti-retrovirais – Casa da Aids – 2002 a 2003

Variável selecionada	coeficiente	ep	p	OR	IC_{95%}
sexo masculino	1,638	0,494	0,001	5,144	[1,955; 13,534]
idade	0,062	0,030	0,043	1,064	[1,002; 1,129]
carga viral	-0,568	0,212	0,007	0,567	[0,374; 0,859]
constante	-0,130	1,516	0,993	0,987	

Os três parâmetros significantes nas análises univariadas foram selecionados pelo modelo multivariado de Regressão Logística onde sexo mostrou o maior valor de OR e pelo modelo a chance de um homem aderir ao tratamento é 5 vezes maior do que a chance de uma mulher.

Além disso, a cada 1 ano de aumento de idade, aumenta em 1,1 vezes a chance de adesão ao tratamento.

Também a cada 10 cópias/ml de aumento na carga viral (aumento de uma unidade no parâmetro transformado) aumenta em 1,8 vezes a chance de não adesão ao tratamento ($1,765 = 1 \div 0,567$). Essa inversão foi feita para facilitar a interpretação do OR, uma vez que a relação entre os parâmetros adesão e carga viral é inversa (coeficiente negativo) o valor de OR é menor do que um não indicando aumento de chance de adesão ao tratamento.

Na tabela 16 foi avaliada a presença de associação entre o uso de drogas e a adesão ao tratamento medicamentoso (anti-retrovirais). Para tanto foram utilizados somente os 108 pacientes que nunca usaram drogas e os 6 usuários da semana anterior à entrevista, excluindo-se aqueles que não fazem uso de medicação (20 nunca usaram e três usaram na última semana).

Não foi encontrada associação estatisticamente significante entre o uso atual de drogas e adesão ($p = 0,613$), sendo que no grupo de pacientes que nunca fez uso de drogas, 78,4% pacientes aderiram ao tratamento, e no grupo de usuários de drogas na última semana à entrevista, 66,7% dos pacientes apresentavam adesão ao tratamento, sem diferença entre as proporções.

Tabela 16 - Associação entre uso de drogas e álcool na vida e adesão ao tratamento anti-retroviral – CASA DA IADS – 2002 a 2003

Adesão ao Tratamento	Uso de drogas					
	Não usuários		Usuários na última semana		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ausente	22	21,6	2	33,3	24	22,2
Presente	80	78,4	4	66,7	84	77,8
TOTAL	102	100,0	6	100,0	108	100,0

Teste Exato de Fisher: $p = 0,613$

6.22 Associação entre uso de drogas e adesão

Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre o uso de drogas e adesão ($p = 0,575$), sendo que no grupo de pacientes que nunca fez uso de drogas, 78,4% pacientes apresentavam adesão ao tratamento e no grupo de usuários de drogas, 82,9% dos pacientes aderiram ao tratamento, sem diferença significativa entre as proporções (Tabela 17).

Tabela 17 - Associação entre uso de drogas e álcool na vida e adesão dos 137 pacientes que faziam uso de anti-retrovirais – Casa da Aids - 2002 a 2003

Adesão ao Tratamento	Uso de drogas					
	Não usuários		Usuários		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ausente	22	21,6	6	17,1	28	20,4
Presente	80	78,4	29	82,9	109	79,6
TOTAL	102	100,0	35	100,0	137	100,0

Teste do Qui-quadrado: $p = 0,575$

Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre o uso atual de drogas e adesão ($p = 0,268$), sendo que no grupo de pacientes que não estavam fazendo uso de drogas, 86,2% do grupo apresentavam adesão ao tratamento e no grupo de usuários de drogas, 66,7% dos pacientes aderiram ao tratamento, sem diferença significativa entre as proporções (Tabela 18).

Tabela 18 - Associação entre uso de drogas, abstinência e adesão ao tratamento dos 35 pacientes que faziam uso de drogas – Casa da Aids – 2002 a 2003

Adesão ao Tratamento	Uso de drogas					
	Abstinentes		Usuários		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ausente	4	13,8	2	33,3	6	17,1
Presente	25	86,2	4	66,7	29	82,9
TOTAL	29	100,0	6	100,0	35	100,0

Teste exato de Fisher: $p = 0,268$

O objetivo deste estudo foi avaliar a associação entre adesão ao tratamento anti-retroviral e a depressão em pacientes portadores do HIV/Aids em um serviço especializado.

O perfil sócio-demográfico desta amostra foi semelhante ao de outros estudos realizados no Estado de São Paulo. Neste estudo, a média de idade era de 39 anos (50,0%) e d.p.=9, o que foi também encontrado no estudo de Nemes et al (2004) (39,3 anos). Em um primeiro estudo multicêntrico realizado por Nemes em 2000, no Estado de São Paulo, a idade media dos pacientes era de 35 anos e a porcentagem com idade entre 30 e 39 anos era de 47,8%, dados estes que acarretam uma preocupação crescente, pois muitos desses pacientes, em idade produtiva para o trabalho, acabam por aposentar-se nesse período por conta da evolução da doença do HIV, o que traz um grande prejuízo para a sociedade.

A mesma semelhança ocorreu entre os sexos. Neste estudo, 72% dos indivíduos eram do sexo masculino e 28% do sexo feminino, enquanto que no estudo multicêntrico acima citado, a maioria da amostra era do sexo masculino (64,8%). Cabe observar que estudos feitos no Canadá, Espanha, Reino unido e Escócia guardam semelhanças com os estudos realizados nos países em desenvolvimento, principalmente no que diz respeito à idade e ao sexo dos pacientes (Molassiotis et al, 2002; Olalla et al, 2002; Palepu et al, 2004).

Quanto à renda familiar, a média foi alta, R\$ 2043,52 (d.p.= R\$ 2102,16). Isto ocorreu provavelmente pela característica do serviço de atendimento, pois o ambulatório onde foi desenvolvido este estudo fica situado numa região de classe média alta.

O grau de escolaridade também foi alto, talvez relacionado à característica do local de atendimento, 42 (25,6%) tinham nível superior completo e apenas um (0,6%) paciente era analfabeto.

Quanto à categoria de exposição, mais de 85% dos pacientes deste estudo se infectaram pelo HIV através do contato sexual, o que confirma os levantamentos epidemiológicos feitos no Brasil e no mundo. Apenas 7,9% dos pacientes entrevistados eram usuários de drogas injetáveis.

Embora nos estudos realizados até o momento o número de casos de aids seja maior entre os indivíduos do sexo masculino, a epidemia tem-se estabilizado entre esses indivíduos e aumentado entre as mulheres e os indivíduos com menor escolaridade. Há também aumento da incidência entre os jovens de 13 a 19 anos do sexo feminino, o que vem de encontro com a previsão do Ministério da Saúde (2004) que a taxa de mortalidade entre as mulheres tende a crescer.

A média de tempo de conhecimento do diagnóstico do HIV foi de 5 anos e 5 meses, o que fortalece o conceito de que o HIV/Aids seja uma doença crônica e controlável, pois existiam pacientes que sabiam de seu diagnóstico há mais de 15 anos. Os pacientes deste estudo apresentaram um bom *status* imunológico. A média de linfócitos CD-4 foi 404,8, sendo que mais da metade dos pacientes (51,2%) apresentava entre 200 e 499 células e 28% com resultados iguais ou superiores a 500 células. Sessenta e nove pacientes (42,1%) apresentaram níveis de carga viral indetectável no momento da entrevista, apontando um bom controle imunológico e virológico da doença, seja utilizando de forma adequada as medicações prescritas ou mesmo tendo um bom conhecimento dos possíveis riscos da não adesão.

A depressão foi o transtorno psiquiátrico citado por 49 (77,77%) indivíduos, dos 63 pacientes com antecedentes de doença psiquiátrica. Essa porcentagem alta de depressão referida pelos pacientes mostra a percepção deste transtorno na vida destes indivíduos. Quando avaliados pelo instrumento de diagnóstico, a presença de depressão passada na amostra foi ainda mais alta e esteve presente em 75 indivíduos, o que pode indicar que muitos pacientes apresentaram algum episódio depressivo no passado sem terem sido diagnosticados e tratados. Esse resultado está compatível com o estabelecido na literatura, pois a depressão é pouco diagnosticada.

Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a presença de depressão atual e passada ($p=0,030$), o que evidencia a recorrência da depressão. Muitas vezes essa prevalência de episódios depressivos atuais poderia ser menor se os pacientes tivessem sido diagnosticados e tratados adequadamente quando apresentaram o quadro depressivo no passado.

A depressão esteve presente em 10,4% dos antecedentes familiares dos pacientes deste estudo.

A prevalência de depressão atual foi alta (17,7%) quando comparada a outros estudos sobre depressão nos pacientes HIV/Aids. Atkinson et al (1997) estimaram em 10% a taxa de depressão nos pacientes infectados pelo HIV. A presença de depressão atual foi estatisticamente significativa entre os mais jovens, embora a média de idade dos pacientes tenha sido de 39 anos. Não houve diferença estatisticamente significativa nos parâmetros sexo, estado civil, grau de escolaridade, número de pessoas que moram na mesma casa, CD-4 e carga viral.

Quando aplicada a escala de HAM-D para avaliar a gravidade do episódio depressivo atual, mais da metade dos pacientes deprimidos (57,14%) apresentou depressão muito grave, o que colabora para a má adesão dos pacientes, se não tratados adequadamente de seu quadro depressivo. A média do escore na escala de HAM-D foi 24, ou seja, depressão muito grave.

Neste estudo, mais da metade (64,3%) dos pacientes que apresentaram depressão atual no momento da entrevista, já haviam apresentado pelo menos um episódio depressivo no passado. Quase a metade dos pacientes deste estudo (45,73%) apresentou pelo menos um episódio de depressão passada, o que está muito próximo do estimado por Atkinson et al (1997), que foi de 50%. Estes dados são alarmantes, pois muitos destes pacientes não foram diagnosticados quando apresentaram o primeiro episódio depressivo, tornando-os mais vulneráveis a outros episódios depressivos no futuro e a quadros depressivos crônicos e mais graves, o que pode ter acontecido nesta amostra.

O grupo de pacientes que apresentou depressão passada tinha carga viral mais elevada, sugerindo que o controle da doença do HIV foi mais difícil nesse grupo pela possível dificuldade de adesão quando esteve presente a depressão. Os pacientes que aderiram ao tratamento também apresentaram carga viral menor, comparados com os que não aderiram ($p = 0,009$). Embora não tenha havido associação entre depressão e adesão neste estudo, estes resultados são conflitantes com a revisão de literatura realizada por Forgaty et al (2002), que detectaram em seus levantamentos associação estatisticamente significativa entre adesão e depressão em oito

dos dezoito estudos, necessitando assim de mais estudos para chegar a alguma conclusão mais precisa e esclarecedora.

A adesão foi avaliada através de questionário direto ao paciente, que é um dos métodos mais utilizados em pesquisa. Esse processo tende a superestimar a medida da adesão, pois muitos pacientes podem mentir quando questionados sobre as tomadas de suas medicações. Esse método pode reproduzir bons resultados de adesão quando conduzido de modo amistoso e que garanta ao entrevistado total sigilo e respeito pelas suas respostas. Embora os questionamentos diretos possam superestimar as medidas de adesão quando comparados com as medidas indiretas tais como *chips* ou contagem dos comprimidos, ambas as medidas conseguem predizer a explicação acerca da carga viral como resultado do tratamento anti-retroviral.

Esses métodos de avaliação da adesão também foram usados por Wagner et al (2003), quando avaliaram a adesão ao tratamento anti-retroviral através do questionário direto (*self-report*) e monitorização eletrônica dos comprimidos (eDEM – *eletronic Drug Exposure Monitor*), chegando à conclusão que não houve diferença na taxa de adesão entre os dois métodos. A adesão nesse estudo foi avaliada nos 3 dias que antecederam a entrevista e no período de duas semanas. A taxa de adesão foi 66% quando avaliada através do eDEM para o período de duas semanas e 74% pelo *self-report* no período de 3 dias. A carga viral foi significativamente menor no grupo de pacientes que tomaram 100% de suas medicações no período de 3 dias (*self-report*) e 95% no grupo de pacientes com monitoração eletrônica dos comprimidos.

A adesão ao tratamento anti-retroviral neste estudo foi de 79,56%, semelhante a outros estudos sobre adesão realizados nos países desenvolvidos e no estudo realizado no Brasil no ano de 2000, que foi de 69% (Nemes, 2000). Dos 137 pacientes que faziam uso de anti-retrovirais, poucos (3,6%) disseram ter muita dificuldade em tomar suas medicações, enquanto que a maioria (58,5%) não teve nenhum problema. Foi alta também a frequência às consultas. Dos 164 pacientes, 119 (72,6%) nunca faltaram a elas num período de 6 meses. Em outro estudo feito por Nemes et al (2004), a prevalência de adesão dos pacientes à terapia anti-retroviral foi 75%. Nesse último estudo de Nemes et al, a adesão ao tratamento foi avaliada nos últimos 3 dias que antecederiam a entrevista (*self-report*) e eram considerados pacientes que aderiram ao tratamento aqueles que fizeram uso de 95% ou mais das medicações prescritas, tendo sido incluídos 1972 pacientes de 60 serviços de saúde.

Muitos progressos têm sido feitos na luta contra o HIV no que diz respeito ao tratamento medicamentoso. A infecção pelo HIV tem-se tornado crônica e os perigos para a não adesão são preocupantes. A cronicidade da doença e a não adesão podem levar a uma deterioração progressiva do sistema imunológico, resultando em infecções oportunistas, aumentando o impacto na qualidade de vida e na saúde mental dos pacientes.

Alguns parâmetros foram estatisticamente significantes no grupo de pacientes que aderiram ao tratamento anti-retroviral: os homens aderiram mais que as mulheres, os pacientes mais velhos aderiram mais que os mais jovens. O parâmetro idade pode ser explicado pela estabilidade de vida dos mais velhos, e tal estabilidade pode positivamente dar maior impacto a

adesão. Além do que os são mais velhos, podem também ter vivido por mais tempo com o seu HIV/Aids, e assim ter aprendido a ter mais respeito e cuidado com sua saúde e regime de tratamento (Murphy et al, 2004). Também nos estudos de Forgaty et al (2002) houve maior adesão ao tratamento anti-retroviral entre os homens.

Um outro parâmetro estatisticamente significativo foi a quantificação da carga viral do HIV. Nos que aderiram ao tratamento, os níveis de carga viral foram menores. Num estudo desenvolvido nos Estados Unidos por Schneiderman et al (2004), também se observou que os pacientes que não aderiam ao tratamento anti-retroviral apresentavam valores maiores de carga viral. Esse resultado condiz com o que se espera dos pacientes que tomam corretamente suas medicações.

A adesão ao tratamento medicamentoso de qualquer doença crônica pode ser prejudicada nos finais de semana pelo fato de que a rotina de vida é mudada nesse período, os horários das refeições são mais flexíveis, a despreocupação com o horário para o despertar matinal e o uso de bebidas alcoólicas que, entre outras mudanças podem fazer com que alguns pacientes interrompam algumas doses de seus medicamentos.

Neste estudo, não houve diferença estatisticamente significativa entre os dias da semana que foram realizadas as entrevistas e a adesão ao tratamento. Este fato pode ter ocorrido devido ao menor número de indivíduos entrevistados as segundas, terças e quartas-feiras (17 pacientes), quando comparados aos 120 pacientes entrevistados nos dias que antecederiam ao fim de semana.

Schneiderman et al (2004) avaliaram a associação entre a adesão ao tratamento anti-retroviral e depressão e concluíram que os pacientes que apresentavam depressão aderiram em menor número do que os pacientes não deprimidos. A prevalência de sintomas depressivos também foi alta no estudo desenvolvido por Reynolds et al (2004), sendo que a presença de depressão foi fortemente associada a não adesão ao tratamento anti-retroviral e uma das principais barreiras para a não adesão.

Não foi encontrada neste estudo associação entre depressão atual ou passada e adesão à terapia anti-retroviral. Alguns fatores, como suporte social, podem ter contribuído para que esses pacientes tenham apresentado boa adesão, mesmo estando deprimidos. Apenas 21,3% dos pacientes moravam sozinhos. Outro fator que pode ter contribuído para a adesão foi o conhecimento, por parte dos pacientes, de sua morbidade e dos riscos da não adesão para suas vidas. O suporte social apresentou associação com a adesão no estudo apresentado por Schneiderman et al (2004). O alto grau de escolaridade da amostra, apenas 0,6% era analfabeto, é outro fator facilitador do entendimento dos esquemas terapêuticos e da importância da adesão.

Alguns anti-retrovirais, tais como o AZT, Kaletra, D4T, Efavirenz, têm como efeito colateral a depressão. Neste estudo, 48,2% dos pacientes em uso de anti-retroviral apresentaram depressão e 33,3% dos pacientes que não faziam uso dessas medicações apresentaram depressão, contudo não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre o uso de anti-retroviral e depressão.

Acredita-se que o uso de drogas esteja também relacionado com maior probabilidade de desenvolvimento de quadros depressivos. Neste trabalho, não houve associação estatisticamente significativa entre depressão e uso de drogas. Este fato pode ter ocorrido devido ao número reduzido de usuários de drogas (42), sendo que a maior parte deles estava abstinente, o que dificultou a avaliação entre essa associação, pois sabe-se que os pacientes abstinentes apresentam menos depressão.

No grupo de usuários de drogas também não houve associação estatisticamente significativa entre depressão atual e uso de drogas. A prevalência de depressão nos dois grupos, os que estavam fazendo uso e os abstinentes nos últimos 7 dias, foi de aproximadamente 20%. Essa prevalência é alta quando comparada com a população geral e mesmo nos pacientes portadores do HIV/Aids deste estudo que foi 15,6%. Num estudo realizado por Malbergier (1998), foram avaliados os diagnósticos psiquiátricos em pacientes usuários de drogas com e sem HIV. A depressão atual esteve presente no grupo de portadores do HIV em 26,7%, enquanto que no grupo de pacientes soronegativo foi de 20,0%. Com isso, podemos concluir que o uso de drogas e a soropositividade para o HIV pode contribuir para o aumento da prevalência de depressão quando comparados aos não usuários.

A não adesão ao tratamento anti-retroviral em dependentes de substâncias psicoativas é alta (Hinkin et al, 2004). O consumo de álcool mostrou associação estatisticamente significativa com a adesão ao tratamento anti-retroviral (Schneiderman et al, 2004). O uso de substâncias psicoativas nesta amostra esteve presente em 42 pacientes (25,6%), sendo

que 33 deles disseram estar abstinentes nos últimos 7 dias que antecederam a entrevista. A não associação entre o uso de drogas e adesão ao tratamento anti-retroviral, neste estudo, pode ser explicado pelo pequeno número da amostra de usuários de drogas, bem como da abstinência.

O controle e tratamento adequado dos transtornos do humor e a abstinência de drogas psicoativas condizem com boa adesão ao tratamento (Tucker et al, 2004).

Quando aplicado o MMSE para avaliar quadros demências, o escore foi alto, o que mostra a ausência de quadros demências nos pacientes inclusos neste estudo, o que também condiz com os achados da média do CD-4 acima de 400 células. Esses quadros estão presentes principalmente na fase mais avançada da aids, quando o sistema imunológico está bastante comprometido. Perguntado aos pacientes sobre antecedentes pessoais de doenças oportunistas, mais da metade dos pacientes (62,8%) nunca apresentou qualquer tipo de doença relacionada a AIDS.

Dentre os pacientes em uso de terapia anti-retroviral não houve associação estatisticamente significativa entre a adesão e depressão atual, passada e atual ou passada. Essa ausência de associação pode ser atribuída ao impacto dos novos esquemas terapêuticos, que apresentam menor quantidade de comprimidos e menor número de tomadas diárias. A relação entre médico-paciente e a colaboração entre essas partes tem mostrado bons resultados no que se refere à escolha do melhor esquema anti-retroviral para o paciente e aumento da adesão ao tratamento (Chesney, 2003).

Embora este estudo não tenha apresentado associação entre depressão e adesão, os pacientes com mais idade apresentaram maior adesão e menos depressão.

Os limites deste estudo foram: o questionário de adesão (*self-report*) foi aplicado isoladamente, não sendo utilizado outro método para avaliar a adesão dos pacientes; os pacientes avaliados freqüentavam o serviço, o que pode superestimar a prevalência da adesão dos mesmos; não foram entrevistados os pacientes em seu domicílio, o que inclui os faltosos, que também pode superestimar a adesão da amostra.

Analisados os resultados da amostra, foram levantadas as seguintes conclusões:

1. Alta prevalência de depressão atual ou passada.
 2. Maior adesão ao tratamento anti-retroviral entre os homens e os pacientes mais velhos.
 4. Quanto maior a adesão, menor carga viral.
 5. Maior presença de depressão em pacientes jovens e grande frequência de quadros depressivos muito graves.
 6. Maior carga viral em pacientes com antecedente pessoal de depressão.
 7. Pacientes com depressão atual já tiveram, em sua maioria, algum episódio de depressão no passado.
 8. Hipótese nula foi aceita. Indivíduos HIV-positivos com ou sem depressão apresentaram igual adesão ao tratamento da infecção pelo HIV.
-

Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO***(Instruções para preenchimento no verso)***I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU
RESPONSÁVEL LEGAL**

1. NOME DO PACIENTE:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº:

SEXO: M ☐ F ☐

DATA DE NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO:Nº:APTO:

BAIRRO:CIDADE:

CEP:TELEFONE: (.....).....

2. RESPONSÁVEL LEGAL:

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.):

DOCUMENTO DE IDENTIDADE:SEXO: M ☐ F ☐

DATA DE NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO:Nº:APTO:

BAIRRO:CIDADE:

CEP:TELEFONE: (.....).....

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA

“A Depressão e a Adesão ao Tratamento da Infecção pelo HIV”

PESQUISADOR: Dr. José Renato da Silva

CARGO/FUNÇÃO: Médico

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 2479 PA

UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO ☐ RISCO MÍNIMO ☐ RISCO MÉDIO ☐

RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 3 anos

III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:

1. JUSTIFICATIVA E OS OBJETIVOS DA PESQUISA: Pretendemos estudar a frequência e o impacto do diagnóstico da depressão em pacientes HIV/Aids. Objetivamos comparar a adesão ao tratamento da infecção pelo HIV em pacientes deprimidos e não deprimidos.

2. PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS E PROPÓSITOS, INCLUINDO A IDENTIFICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS QUE SÃO EXPERIMENTAIS: Os pacientes serão entrevistados através de quatro questionários: (1) para a presença de depressão; (2) para avaliar o grau de depressão; (3) para avaliar a adesão ao tratamento anti-retroviral e (4) para avaliação cognitiva o MMSE (miniexame do estado mental) - memória, atenção, concentração.

3. DESCONFORTOS E RISCOS ESPERADOS: Não há risco esperado para os pacientes neste estudo, sendo as entrevistas individuais, não causando desconforto para os entrevistados.

4. BENEFÍCIOS QUE PODERÃO SER OBTIDOS: Aumentar a adesão ao tratamento da infecção pelo HIV, detectar quadro depressivo nestes pacientes e tratá-los, quando diagnosticado, com antidepressivo disponível no serviço, melhorando com isso o quadro depressivo, a imunidade e a qualidade de vida.
5. PROCEDIMENTOS ALTERNATIVOS QUE POSSAM SER VANTAJOSOS PARA O INDIVÍDUO: Não há.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas. Os pacientes terão acesso, quando solicitado, a seus prontuários, além de tirar suas dúvidas com os pesquisadores deste estudo.
2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência. Todo paciente que participar deste estudo poderá sair do mesmo no momento que desejar, sendo mantida a assistência médica no serviço.
3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade. São garantidos o sigilo e a privacidade de todos os pacientes.
4. Disponibilidade de assistência no HCFMUSP por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa. Não há danos à saúde neste estudo.
5. Viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

.....

.....

.....

.....

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

.....
.....
.....

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São Paulo,de.....de 200.....

.....

Assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

.....

Assinatura do pesquisador

(carimbo ou nome legível)

Anexo B - Questionário Sócio-Demográfico, Laboratorial, da Doença e Tratamento

Data:/...../.....

I - Etiqueta:

Estado civil:

1. solteiro	2. casado
3. viúvo	4. separado
5. outros	

Naturalidade:

Profissão:

II - Condições de vida:

A - Renda familiar em reais:

Número de pessoas que moram na mesma casa:

B – Grau de Escolaridade:

1. analfabeto	2. primeira fase do Ensino Fundamental
3. segunda fase do Ensino Fundamental	4. Ensino Médio
5. Ensino Superior	

III - Epidemiologia para o HIV:

1. usuário de drogas injetáveis	2. homossexual
3. bissexual	4. heterossexual
5. transfusão sangüínea	6. Hemofilia
7. não definido	

IV - Antecedentes pessoais:

a) Doença (s) clínica (s) associadas:

b) Doença (s) oportunistas:

c) Antecedentes psiquiátricos:

- doença (s) psiquiátrica (s) prévia (s):

- internação (ões) psiquiátrica(s) prévia (s):

- alcoolismo:

- internação (ões) por alcoolismo:

- antecedente de uso de substância (s) psicoativa (s):

- internação (ões) prévia (s) por uso abusivo de substância (s) psicoativa (s):

d) Uso de medicamento (s) atual (is):

V - Antecedentes familiares (clínicos e/ou psiquiátricos):

VI - *Status* imunológico e clínico (no diagnóstico):

Data do diagnóstico da infecção pelo HIV: / /

CD4/CD8: / Data: / /

CV: Data: / /

Anexo C - QUESTIONÁRIO DE ADESAO

1. Você faz uso de medicação para HIV/Aids? Quais?

.....
.....

2. Como é para você tomar essas medicações?

- () muito difícil () difícil
() pouco difícil () sem problemas

3. Tem alguém que ajuda você com a medicação?

.....
.....

4. Como você tem se organizado para tomar a medicação durante o dia? Que dicas ou lembretes você usa para as tomadas?

.....
.....

5. Existe algo que está atrapalhando você na hora de tomar os remédios? (horário de trabalho, diarreia, náusea, filhos, marido, situações de trabalho):

() esquecimento	() grande número de comprimidos
() efeitos colaterais	() dose no meio do dia
() por ter que esconder	() estava dormindo
() interferência com alimentação	() estava fora de casa
() depressão	() estava ocupado
() mudança na rotina de vida	() estava sentindo-se bem
() não entendeu a prescrição	() estava doente
() não tomou para poder beber	() suspeitar que não está funcionando
() término da medicação	() problema com o horário
() outros.	

Especifique:

6. Como você tem tomado seus remédios nestes últimos 4 dias? (quais medicações e horários respectivos - fazer o esquema por escrito)

.....
.....

7. Você deixou de tomar algum comprimido nestes últimos 4 dias?

.....

8. Você tem tido dificuldade para vir às consultas?

.....

9. Você faltou a alguma consulta nos últimos 6 meses?

.....
.....

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Atkinson JH, Grant I, Kennedy CJ, Richman DD, Specton AS, McCutchan A . Prevalence of psychiatric disorders among men infected with human immunodeficiency virus. A controlled study. Archives of General Psychiatry 1988;45:859-64.

Atkinson JH, Grant I. Mood Disorder Due to Human Immunodeficiency Virus: Yes, No, or Maybe? Semin Clin Neuropsychiatry 1997;2(4):276-84.

Baker J, Ruiz-Rodrigues R, Whitfeld M, Heon V, Berger TG. Bacillary angiomatosis: a treatable cause of acute psychiatric symptoms in human immunodeficiency virus infection. Journal of Clinical Psychiatry 1995;56:161-6.

Burack JH, Barret DC, Stall RD, Chesney MA, Ekstrand ML, Coost TJ. Depressive symptoms and CD4 lymphocyte decline among HIV infected men. JAMA 1993;270:2568-73.

Cassem NH, Hackett TP, Cassem NJ, Littleton MA(eds). Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry. 2a ed. PSG Publishing; 1987.

Chesney M. Review: adherence to HAART regimens. AIDS Patient Care STDS. 2003. 17(4). 169-177.

Cook JA, Cohen MH, Burke J, Grey D, Anastos K, Kirtein L, Palacio H, Richardson J, Wilson T, Young M. Effects of depressive symptoms and mental health quality of life on use of highly active antiretroviral therapy among HIV-seropositive women. J Acquir Immune Defic Syndr 2002;30(4):401-9.

Coordenação do Programa Estadual DST/Aids Online [Internet]. 2005 [citado em 05 Fev 2005]. Disponível em:

<http://www.crt.saude.sp.gov.br/imprensa/ranking.htm>

Cordás TA, Nardi AE, Moreno RA, Castel S. Distímia do mau humor ao mal do humor diagnóstico e tratamento. Artes Médicas; 1997.

- Dickey WC, Dew MA, Becker JT, Kingsley L. Combined effects of HIV-infection status and psychosocial vulnerability on mental health in homosexual men – Soc Psychiatr Epidemiol 1999;jan;34(1):4-11.
- Dilley JW, Ochtill HN, Perl M, Volberding P. Findings in psychiatric consultations with patients with acquired immune deficiency syndrome. American Journal of Psychiatry. 1995. v. 142, p. 82-86.
- Elliott AJ, Uldall KK, Russo J, Claypoole K, Roy Byrne PP. Randomized, placebo-controlled trial of paroxetine versus imipramine in depressed HIV-positive outpatients. American Journal of Psychiatry 1998;155:367-72.
- Elliott AJ, Roy-Byrne, PP. Major Depression Disorder and HIV-1 Infection: A Review of Treatment Trials. Semin Clin Neuropsychiatry. 1998;3(2):137-50.
- Elliot AJ, Russo J, Bergam K, Claypoole K, Uldall KK, Roy-Byrne PP. Antidepressant efficacy in HIV-seropositive outpatients with major depressive disorder: an open trial of nefazadone. J Clin Psychiatry 1999;60(4):226-31.
- Evans DL, Staab JP, Petitto JM, Morrison MF, Szuba MP, Ward HE, Wingate B, Lubner MP, Ó Reardon JP. Depression in the medical setting: biopsychological interactions and treatment considerations. J Clin Psychiatry 1999;60(Suppl 4):40-55; discussion 56.
- Fernandez F, Levy JK. Psychiatric diagnosis and pharmacotherapy of patients with HIV infection. Review of Psychiatry 1990;9:614-30.
- Ferrando SJ, Rabkin JG, de Moore GM, Rabkin R. Antidepressant treatment of depression in HIV – seropositive women. J Clin Psychiatry 1999;60(11):741-6.
- Folstein MF. "Mini-mental state": a practical method for grading the clinician. J Psychiatry Res 1975;12:189-98.
- Forgaty L, Roter D, Larson S, Burke J, Gillespie J, Levy R. Patient adherence to HIV medication regimens: a review of published and abstract reports. Patient Education and Counseling 2002;46:93-108.
-

Garry RF. Potential mechanisms for the cytopathic properties of HIV. *AIDS* 1989;3:683-94.

Gordillo V, del Amo J, Soriano V, Gonzalez-Lahoz J. Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *AIDS* 1999;10;13(13):1763-9

Gorestein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiq Clin* 1998;25(5): 245-50.

Hinkin CH, Hardy DJ, Manson KI, Castellon SA, Durvasula RS, Lam MN, Stefaniak M. Medication adherence in HIV-infected adults: effect of patient age, cognitive status, and substance abuse. *AIDS*; 2004. p.S19-S25.

Holzemer WI, Corless IB, Nokes KM, Turner JG, Brown MA, Powell-Cope GM, Inouye J, Henry SB, Nicholas PK, Portillo CJ. Predictors of self-reported in persons living with HIV disease – *AIDS Patient Care STDS* 1999;13(3):185-97.

Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Newman TB, Hearst N. *Designing Clinical Research an Epidemiologic Approach*; 1988.

Kalichman SC; Ramachandran B; Catz, S. Adherence to combination antiretroviral therapies in HIV patients of low health literacy. *J Gen Intern Med* 1999;14(5):267-73.

Kessler RC et al. Lifetime and 12 – month prevalence of DSM – III – R psychiatric disorders in the United States. Results from the Nacional Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19.

Lesserman J, Petitto JM, Gaynes BN, Barroso J, Golden RN, Perkins DO, et al. Progression to AIDS, a clinical AIDS condition and mortality: psychosocial and physiological predictors. *Psychol Med* 2002;32(6):1059-73.

Leserman J, Jackson ED, Petitto JM, Golden RN, Silva SG, Perkins DO, Cai J, Folds JD, Evans DL. Progression to AIDS: the effects of estresse, depressive symptoms, and social support. *Psychosom Med* 1999;61(3):397-406.

Lewis JS, Terriff CM, Coulston DR et al Protease inhibitors a therapeutic breakthrough for treatment of patients with human immunodeficiency virus. *Clin Ther* 1997;19:187-214.

Low-Beer S, Chan K, Yip B, Wood E, Montaner JSG, O'Shaughnessy MV, Hogg R. Depressive Symptoms Decline Among Persons on HIV Protease Inhibitors. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2000;23(4).

Lyketson CG, Fishman M, Treisman G. Psychiatric issues and emergencies in HIV infection. *Emergency Medicine Clinics of North America* 1995;13:163-77.

Maj M, Janssen R, Strace F et al WHO neuropsychiatric AIDS study, cross-sectional phase II. Neuropsychobiological and neurological findings. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:39-49.

Maj M. Depressive syndromes and symptoms in subjects with human immunodeficiency virus (HIV) infection. *British J Psychiatry* 1996;169: (suppl 30):117-22.

Malbergier A, Menko AC. Depressão em pacientes infectados pelo HIV: comparação entre usuários de drogas injetáveis e homossexuais masculinos. In: Simpósio Internacional "Depressão no ciclo da vida". São Paulo: Livro de Referências e Posters; 1996. p. 441

Malbergier A. Alterações psicopatológicas em pacientes usuários de drogas injetáveis infectados pelo vírus da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). [Tese]. São Paulo Faculdade de Medicina: Universidade de São Paulo; 1998.

Mandell W, Kim J, Latkin C, Suh T. Depressive symptoms, drug network, and their synergistic effect on needle-sharing behavior among street injection drug users. *Am J Drug Alcohol Abuse*; 1999. p.117-27.

Markowitz JC, Klerman GL, Clougherty KF, Spielman LA, Jacobsberg LB, Fishman B, Frances AJ, Kocsis JH, Perry III SW. Individual Psychotherapies for Depressed HIV-positive Patients. *American Journal of Psychiatry* 1995;152:1504-09.

Mathews W, Christopher MD, Mar-Tang, Moira BA, Ballard C, Colwell B, Abulhosn K, Noonan C, Barder R, Edward MPH, Wall TL. Prevalence, predictors, and outcomes of early adherence after starting or changing antiretroviral therapy. *AIDS patient Care STDS* 2002;16(4):157-72.

Ministério da Saúde – Programa Nacional de DST/AIDS. Online [Internet] 2005 [citado em 05 fev 2005]. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/final/dados/BOLETIM2.pdf>

Molassiotis A, Nahas-Lopez V, Chung WYR, Lam SWC, Li CKP, Lau TFJ. Factors associated with adherence to antiretroviral medication in HIV-infected patients. *International Journal of STD & AIDS* 2002;13:301-10.

Moreno RA, Moreno DH. Transtornos do Humor. In: Louzã Neto MR, Motta T, Wang YP, Elkis H. *Psiquiatria Básica*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p.136-65.

Moreno RA, Moreno DH. Escalas de depressão de Montgomery & Asberg (MADRS) e de Hamilton (HAM-D). *Rev Psiq Clin* 1998;25(5):262-72.

Mostashari FM, Riley E, Selwyn PA, Altice FL. Acceptance and adherence with antiretroviral therapy among HIV-infected women in a correctional facility. *J. Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1998;18:341-8.

Murphy DA; Wilson CM; Durako SJ; Muenz LR; Belzer M. Antiretroviral medication adherence among the REACH HIV-infected adolescent cohort in the USA. *AIDS Care* 2001;13(1):27-40.

Murphy DA, Marelich WD, Hoffman D. Predictors of antiretroviral adherence. *AIDS Care* 2004;16:471-84.

Nemes MIB. Aderência ao Tratamento por Anti-retrovirais em Serviços Públicos de Saúde no Estado de São Paulo. Ministério da saúde; Secretaria de políticas de saúde; Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília; 2000.

Nemes MIB, Carvalho HB, Souza MFM. Antiretroviral therapy adherence in Brazil. *AIDS* 2004;18:S15-20.

Olalla PG, Knobel H, Carmona A, Guelar A, López-Colomés JL, Caylà JA. Impact of adherence and highly active antiretroviral therapy on survival in HIV – infected patients. *J AIDS* 2002;30:105-10.

Palepu A, Horton NJ, Tibbetts N, Meli S, Samet JH. Uptake and adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected people with alcohol and other substance use problems: the impact of substance abuse treatment. *Addiction* 2004;99:361-8.

Rabkin JG, Harrison WM. Effects of imipramine on depression and immune status in a sample of men with HIV infection. *American Journal of Psychiatry* 1990;147:495-97.

Reynolds NR, Testa MA, Marc LG, Chesney MA, Neidig JL, Smith SR, Vella S, Robbins GK. Factors influencing medication adherence beliefs and self-efficacy in persons naïve to antiretroviral therapy: a multicenter, cross-sectional study. *AIDS and Behavior* 2004;14:1-50.

Schneiderman N, Gonzalez JS, Penedo FJ, Antoni MH, Durán RE, Fernandez MI, MacPherson-Baker S, Ironson G, Klimas NG, Fletcher MA. Social support, positive states of mind, and HIV treatment adherence in men and women living with HIV/AIDS. *Health Psychology* 2004;23:413-8.

Singh N; Squier C; Sivek,C; Wagener M; Nguyen MH; Yu VL. Determinants of compliance with antiretroviral therapy in patients with human immunodeficiency virus: prospective assessment with implications for enhancing compliance. *AIDS Care* 1996;8(3):261-9.

Tucker JS, Orlando M, Burman MA, Sherbourne CD, Kung FY, Gifford AL. Psychosocial mediators of antiretroviral nonadherence in HIV-positive adults with substance use and mental health problems. *Health Psychology* 2004;23:363-370.

Veronesi R, Focaccia R. *Tratado de Infectologia*. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2002.

Wagner GJ, Kanouse DE, Koegel P, Sullivan G. Adherence to HIV antiretrovirals among persons with serious mental illness. *AIDS Patient Care STDS* 2003;17:179-86.

WHO – Number of women living with HIV increases in each region of world Online [Internet] [citado em 16 Novembro 2004]. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/news/realizes/2004/pr_unAids/en.

*“Se consegui ver mais longe foi porque
me apoiei em ombros de gigantes”*

Isaac Newton