

MÔNICA AMERICANO LEITE

**Depressão, qualidade de vida e adesão ao tratamento
antirretroviral em idosos portadores de HIV/Aids**

Dissertação de mestrado, apresentada ao programa de Pós-graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para a obtenção do título de Mestra em Ciências.

Área de concentração: Infectologia em Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Augusto César Penalva de Oliveira

São Paulo

2016

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pelo Centro de Documentação – Coordenadoria de Controle de Doenças/SES-SP

©reprodução autorizada pelo autor, desde que citada a fonte

Leite, Mônica Americano.

Depressão, qualidade de vida e adesão ao tratamento antirretroviral em idosos portadores de HIV/Aids / Mônica Americano Leite. – 2016.

Dissertação (Mestrado em Ciências) - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças, São Paulo, 2016.

Área de concentração: Infectologia em Saúde Pública.

Orientação: Prof. Dr. Augusto César Penalva de Oliveira.

1. Depressão. 2. Idoso. 3. AIDS. 4. Complexo Demencial da AIDS.

SES/CCD/CD-334/2016

Dedicatória

Aos meus pais João Luiz e Júlia (*in memoriam*)

Que formaram meu caráter e me ensinaram sobre o envelhecer...

Ao tio Jorge Americano, orgulho e inspiração para a família. Quarto Reitor da USP - Universidade de São Paulo (de 1941 a 1946), bem como Promotor Público, Procurador-Geral, e Deputado. Em sua gestão enquanto Reitor, escolheu o local e deu início a construção do Campus – Cidade Universitária, bem como colaborou com a criação do curso de Direito no Mackenzie e da Sociedade Brasileira para o Progresso da ciência. A relação de obras de sua autoria é extensa.

Agradecimentos

Ao Dr. Augusto César Penalva de Oliveira, em aceitar-me como orientanda e acreditar em minha capacidade, respeitar e compreender o meu saber em construção.

Aos Professores da banca de defesa de mestrado

Ao programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde: PPG-CCD-SES, em especial a Prof. Dra. Maria de Fátima Costa Pires – Coordenadora do Programa, assim como, ao Prof. Dr. Nilton José Fernandes Cavalcante, responsável pela área de concentração de Infectologia em Saúde Pública, pela atenção dedicada.

Às colegas neuropsicólogas, em especial Maria Rita Pólo Gascón, pelo valiosíssimo apoio e ensinamentos através de sua competência técnica, compreensão e generosidade, e Vilma Jardim pela contribuição.

À Dra. Luciana Marcenal Conte Longo pela disponibilidade e generosidade em encaminhar seus pacientes

À todo grupo de colegas do pós-graduação que me acompanhou durante a trajetória.

Pelas antigas secretárias do programa de pós-graduação no Instituto de Infectologia Emílio Ribas, Mônica Ferreira Dias e Margarete Leme Costa Carli, pelo apoio, compreensão, dedicação, competência, simpatia e atenção.

Ao meu amigo e companheiro de classe Marcelo Barbosa, Bibliotecário, pelo apoio, respeito, atenção e dedicação em todas as horas, bem como a todos os funcionários da biblioteca do Instituto de Infectologia Emílio Ribas.

À minha amiga e colega de trabalho Dra. Márcia Yoshida pelo profissionalismo e competência, disponibilidade e respeito, informações e saberes que muito enriqueceram este trabalho.

À Dra Márcia Maria Porto Rossetto Mazza, pelas contribuições e leitura do trabalho.

À todos os pacientes.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi verificar níveis de depressão, qualidade de vida e adesão ao tratamento antirretroviral em idosos portadores de HIV/Aids. Foi realizado estudo descritivo transversal, em 39 indivíduos, com idade igual ou maior que 60 anos, portadores de HIV/Aids, que frequentam ambulatório de idosos do Instituto de Infectologia Emílio Ribas. Os instrumentos utilizados foram: questionário sócio demográfico, Inventário Beck de depressão - (BDI), questionário para avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral, questionário para avaliação da qualidade de vida da organização Mundial de saúde (WHOQOL), Escala Instrumental para Atividades de Vida Diária e International HIV Dementia Scale – IDHS. A aplicação destes instrumentos foi realizada no Instituto de Infectologia Emílio Ribas, nos meses de agosto e setembro de 2011 até agosto e setembro de 2012. Foram realizadas análises descritivas e de correlação. Os resultados evidenciaram que a depressão se relaciona com o domínio psicológico da qualidade de vida do WHOQOL e com as alterações cognitivas avaliadas pelo Mini-exame do estado mental - MEEM. Em relação à adesão ao tratamento antirretroviral, as alterações cognitivas associadas ao HIV apresentaram relação e, não a depressão como inicialmente se imaginava. Acompanhamento psicológico e boa avaliação por meio dos instrumentos de rastreio cognitivo podem ajudar no tratamento, melhor adaptação e qualidade de vida destes pacientes.

Palavras-chave: Depressão, Idosos, HIV/Aids, Adesão ao tratamento antirretroviral, Qualidade de vida

ABSTRACT

The objective of this study was to verify the depression, quality of life and adherence to antiretroviral treatment in elderly persons living with HIV/Aids. Descriptive cross-sectional study was conducted with 39 individuals with HIV/Aids, equal or older than 60 years, who attend outpatient clinic of Emílio Ribas Institute of Infectious Diseases, without previous diagnosis of depression. The instruments for evaluation were composed by: socio demographic questionnaire, Beck Depression Inventory (BDI), questionnaire for assessment of adherence to antiretroviral treatment, questionnaire for evaluation of the quality of life of the World Health Organization (WHOQOL), Instrumental activities of daily living and International HIV Dementia Scale-IHDS. The application of these instruments was held at Instituto de Infectologia Emílio Ribas, from August/2011 to September/2012. We used descriptive and correlation analyses for obtaining statistical data. The results showed a correlation of depression and the psychological domain of WHOQOL and the cognitive decline assessed by MMSE. Depression was not the factor that influenced adherence to antiretroviral treatment. Otherwise, cognitive changes associated with HIV had impacted on adherence to antiviral therapy. Psychological monitoring and evaluation through instruments of cognitive screening can help in the treatment and quality of life of these patients.

Keywords: Depression, Elderly, HIV/Aids, Adherence to Antiretroviral Treatment, Quality of Life

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids / Sida	Síndrome da imunodeficiência Adquirida
APA	American Psychiatric Association
AVD	Questionário que avalia o desempenho nas atividades cotidianas
AZT	Zidovudina
BDI	Inventário de depressão Beck
CD4	Carga viral
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CEAT VIH	Questionário para avaliação da adesão
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
DST	Doença sexualmente transmissível
EUA	Estados Unidos da América
HAART	Highly active antiretroviral therapy
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHS/Sacktor	Escala internacional para distúrbios neurocognitivos associados ao HIV
IIER	Instituto de Infectologia Emílio Ribas
MEEM	Mini Exame do estado mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
SNC	Sistema Nervoso Central
TARV	Terapia antirretroviral
Un aids	Joint United Nations Program on HIV/AIDS (programa das Nações Unidas)
WHOQOL	WHO Quality of life. Questionário de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	HIV/Aids: aspectos históricos	14
1.2	O vírus e a transmissão.....	15
1.3	HIV/Aids no Brasil.....	15
1.4	Características clínicas do HIV.....	17
1.5	Considerações sobre adesão ao tratamento antirretroviral.....	19
1.6	Qualidade de vida.....	22
2	Depressão & Envelhecimento	24
2.1	Depressão	24
2.2	Conceito: aspectos gerais da depressão.....	26
2.3	Quadro clínico: sinais e sintomas.....	29
2.4	Epidemiologia da depressão	30
2.5	Envelhecimento: aspectos epidemiológicos.....	31
2.6	Depressão e velhice	32
2.7	Depressão/Envelhecimento/HIV.....	37
3	OBJETIVOS.....	43
3.1	Geral.....	43
3.2	Específicos	43
4	MÉTODOS	44
4.1	Delineamento do Estudo	44
4.2	Amostra	44
4.3	Instrumentos.....	45
4.3.1	Escala Instrumental para Atividades de Vida Diária	48
4.3.2	International HIV Dementia Scale – IDHS	49
4.4	Procedimentos	50
4.5	Análise e tratamento dos dados	50
4.6	Aspectos éticos	51

5	RESULTADOS	52
5.1	Perfil Sociodemográfico e Clínico.....	52
5.2	Escalas de Rastreamento Cognitivo.....	54
5.2.1	Mini Exame do Estado Mental.....	54
5.2.2	International Dementia HIV Scale (IDHS).....	55
5.3	Escala de Adesão – CEAT.....	55
5.4	Frequência de Depressão.....	56
5.5	Qualidade de Vida.....	57
5.5.1	Domínio Físico.....	57
5.5.2	Domínio Psicológico.....	57
5.5.3	Domínio Relações Sociais.....	58
5.5.4	Domínio Meio Ambiente.....	59
6	DISCUSSÃO	61
7	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	70
8	CONCLUSÃO	71
	REFERÊNCIAS	72
	APÊNDICES	83
	ANEXOS	85

1 INTRODUÇÃO

1.1 HIV/Aids: aspectos históricos

A Aids, Síndrome da imunodeficiência humana adquirida (AIDS – em inglês: Acquired immunodeficiency syndrome) é uma doença do sistema imunológico humano causada pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH – em inglês: human immunodeficiency vírus – HIV) descrita nos EUA, pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) no primeiro relatório sobre pneumonia em 5 homens adultos homossexuais em Los Angeles – Califórnia, na década de 1980 (De Cock, Jaffe, Curran, 2011). Nessa época, foi identificado número elevado de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais e moradores de São Francisco e Nova York, que apresentavam sarcoma de Káposi, pneumonia por *Pneumocystis jiroveci* (*carinii*) e comprometimento do sistema imune. Era uma nova doença transmissível e de causa desconhecida, tornando-se o mal do século. Uma das piores pandemias, com mais de 60 milhões de infectados e 30 milhões de mortos, disseminando-se por todo o continente, atingindo as pessoas em proporção geométrica (Lima et al., 1996; Carvalho, Braga, Galvão, 2004; Almeida et al., 2009; De Cock, Jaffe, Curran, 2011).

O termo Aids surgiu em 1982. Em 1983, um retrovírus foi isolado dos pacientes e, posteriormente identificado como HIV. Em 1985, um teste sorológico tornou-se comercialmente disponível; posteriormente, em 1987, foi aprovado o primeiro medicamento contra HIV – Zidovudina (AZT). Em 1990, surgiram outros medicamentos como os inibidores de transcriptase reversa. (Falci, Aldabe, 2006). Em 1993, a AIDS já era a principal causa de morte entre os americanos de 25 a 44 anos. Este trigésimo segundo ano de aniversário da 1ª descrição da AIDS é, também, o 15º aniversário da introdução da terapia antirretroviral de alta potência (HAART).

1.2 O vírus e a transmissão

O HIV é um retrovírus humano da família Lentiviridae. Sua transmissão ocorre por meio do contato sexual sem uso de preservativo, do compartilhamento de seringas e agulhas por usuários de drogas injetáveis, em transfusões de sangue e hemoderivados e, por via perinatal ou transmissão vertical – de mães para filhos, durante a gestação, parto ou aleitamento materno. (Jaffe, Bregman, Selik, 1983; Almeida et al., 2009).

A Aids se manifesta anos após a infecção do organismo humano pelo seu vírus causador, o HIV. Esta imunodeficiência se caracteriza pela destruição dos linfócitos T helper (células de defesa do organismo), culminando em uma imunossupressão severa - tornando-o vulnerável às infecções oportunistas por alguns tipos de vírus, bactérias, fungos e protozoários, etc. (Jaffe, Bregman, Selik, 1983; Almeida et al., 2009).

1.3 HIV/Aids no Brasil

No Brasil, a Aids foi descrita em 1982, a partir de informações referentes a pacientes procedentes da região sudeste. Dados do Ministério da Saúde evidenciam uma mudança no perfil epidemiológico desta epidemia no decorrer dos anos. Em seu início era uma doença de transmissão sexual, que comprometia basicamente homens que faziam sexo com homens, de alto nível de escolaridade e de transmissão sanguínea, comprometendo principalmente hemofílicos e usuários de drogas injetáveis, ou seja, a epidemia limitava-se a determinados “grupos de risco”.

No final da década de 1980, com o decorrer do tempo, a epidemia foi buscando novos caminhos e espaços na população em geral, “socializando” a ocorrência antes restrita a classe mais favorecida. Em sua terceira fase, ocorreu um significativo aumento entre os heterossexuais, mulheres e idosos, sofrendo processo de pauperização e interiorização (Santos et al., 2002). Com este novo perfil

Com relação à prevenção ocorreram significativos avanços na redução da transmissão vertical pelo uso dos antirretrovirais, e na transmissão transfusional pela disponibilização de testes de alta sensibilidade no diagnóstico das doenças. Em 1996, no Brasil, com o desenvolvimento da terapia antirretroviral combinada (TARV), permitiu-se a supressão crônica da replicação do HIV, sendo um dos maiores avanços da medicina e um marco legal de acesso universal ao tratamento da Aids buscando prevenir e controlar novos casos e agravos da epidemia, diminuindo a morbidade e mortalidade aumentando a expectativa de vida e, alterando significativamente a incidência das doenças oportunistas e sobrevida dos pacientes, bem como a diminuição em 50% do desenvolvimento de demência (Sacktor, 2002). Em março de 2010, 200 mil pacientes estavam em uso de TARV no Brasil, o que proporcionou, além do aumento da sobrevida, melhoria da qualidade de vida destas pessoas (Hallal et al., 2010; Casseb, 2010).

O Brasil é um dos poucos países no mundo que adotaram a distribuição gratuita dos antirretrovirais aos portadores de HIV/Aids (Santos et al., 2002; Hallal et al., 2010; Grangeiro et al., 2014). Muitos pacientes estão na segunda década de tratamento com níveis plasmáticos indetectáveis de carga viral do HIV (Richman et al., 2009).

Galvão et al., 2015, considera, através de seu estudo com 45 participantes portadores de HIV, no ambulatório do Hospital da Universidade Federal do Ceará, onde foram aplicados : O questionário para a avaliação da adesão e ,a escala para avaliação da qualidade de vida (Hat-QoL), que a relação com a adesão foi inadequada para 51,3% e, quanto a avaliação da qualidade de vida, nos nove domínios do instrumento, seis apresentaram prejuízo neste ultimo. Contudo, a qualidade de vida pode melhorar ao longo do tratamento e, mesmo com estes dados, o uso dos antirretrovirais, melhora significativamente a sobrevida e o aumento da expectativa de vida. .A Aids então, tornou-se uma doença crônica, apesar de incurável, necessitando estudos dirigidos à compreensão sobre a qualidade de vida e

adesão dos portadores de HIV ao tratamento antirretroviral e, o impacto de viver com uma doença estigmatizante . Em relação com América Latina, há um perfil diferente da doença se comparada à Europa e aos EUA, pois há associações com as doenças endêmicas específicas como chagas, histoplasmoze, leishmaniose, e, principalmente, a tuberculose, que atinge um em cada cinco casos de Aids. Observa que, nos últimos anos, progressos significativos foram obtidos no entendimento da doença e de seu tratamento (Cahn et al., 2000).

1.4 Características clínicas do HIV

A imunossupressão é um processo que pode levar de 8 a 10 anos, o que agrava a epidemia, pois, durante este período, o portador, sem apresentar qualquer sintoma, transmite o vírus, sem mesmo saber. As manifestações da infecção primária ou soroconversão aguda ocorrem de 2 a 4 semanas após a infecção e apresentam-se classicamente como uma síndrome gripal inespecífica, com diferentes graus de gravidade clínica. Depois de algumas semanas, o paciente apresenta resposta imune, com a produção de anticorpos específicos. Segue-se um período assintomático, podendo durar vários anos (Ranga et al., 2004).

Está em curso, durante a replicação ativa deste “período de latência” viral, uma fase de maior transmissão. Conforme a doença progride, ocorre diminuição da contagem de células TCD4, o paciente evolui para a fase sintomática, com amplo espectro de manifestações clínicas (Ranga et al., 2004).

Diferentes subtipos virais estão relacionados com diferentes tropismos para certos órgãos e frequência variável do desenvolvimento de resistência aos ARV. Por exemplo, o HIV-1 subtipo C parece estar menos ligado às manifestações neurológicas diretamente relacionadas a este vírus, como a demência inicial ao HIV (Ranga et al., 2004).

Além de neoplasias, doenças cardiovasculares e outras, os principais marcadores laboratoriais da doença são a dosagem de linfócitos CD4+, que representa o status imunológico, cuja queda mede o risco para as infecções oportunistas, e a dosagem da carga viral que mede a intensidade da infecção (Levy, 2009).

Pacientes com CD4+ < 200 células/mm³ tornam-se vulneráveis a infecções oportunistas, tais como: toxoplasmose cerebral, tuberculose disseminada, pneumonia por *Pneumocystis jiroveci*, infecções fúngicas como criptococose, infecção ocular e digestiva por citomegalovírus, entre outras (Pasqualotto, Schwarzbald, 2006).

As infecções oportunistas podem afetar o humor e/ou virem associadas a depressão, um quadro frequente em pacientes infectados pelo HIV, emergindo após o diagnóstico ou durante o curso da infecção com depressão maior e, conduzir a um viés do diagnóstico entre depressão e também possíveis alterações cognitivas causadas pela ação inicial do HIV, de acordo com alguns sintomas mais proeminentes, tais como: letargia, apatia e isolamento social (Treisman et al., 1998; Botega, 2006).

Sabe-se que, mesmo sem terem desenvolvido quadro característico da Aids, os pacientes infectados podem apresentar complexo demencial ou encefalopatia do HIV. O Sistema nervoso central representa importante papel na infecção pelo HIV, pois 10% dos pacientes abrem o quadro de Aids com queixa neurológica durante o curso da infecção e 80% das autópsias apresentam alterações neurológicas (Petito et al., 1986).

Conforme Christo e Paula (2008) e Christo (2010), há transtorno da função cognitiva através da penetração do vírus no (SNC) ocasionando alteração nos déficits dos processos mentais, tais como memória, aprendizado, atenção, rapidez no processamento de informações, capacidade de resolução de problemas e sintomas sensoriais e motores.

As manifestações neurológicas no portador de HIV mais comuns são o transtorno cognitivo e motor menor e a demência associada ao HIV. Essas manifestações estão associadas a um maior risco de não aderência aos tratamentos, diminuição do auto-cuidado e mortalidade (Gibbie et al., 2006; Treisman et al., 1998). Doenças oportunistas que atingem o (SNC) no Brasil como neurotoxoplasmose, meningite tuberculosa e neurocriptococose, também provocam danos psiquiátricos e cognitivos para portadores do HIV (Christo, 2010). Muitas dessas alterações cognitivas causadas pela ação do HIV no SNC podem ser confundidas com transtornos depressivos e com os sintomas de doenças oportunistas e tumores no SNC (Botega, 2006).

De acordo com Malbergier, (2006) o diagnóstico mais frequente durante a interconsulta psiquiátrica em portadores do HIV/AIDS é o de depressão. Mas pode ser dificultado devido à alguns sintomas como: anorexia, fraqueza, fadiga e emagrecimento, não valem como critério diagnóstico em diferentes fases da doença, como, por exemplo, na fase mais avançada, onde sintomas físicos da doença podem copiar estes indicadores. Portanto, os sintomas devem ser criteriosamente avaliados em relação ao estágio da infecção. Este autor evidencia que a depressão altera a evolução da infecção pelo HIV e, é objeto de inúmeros estudos. Eventos estressantes, sintomas depressivos, pouco suporte social, irritabilidade e raiva, são fatores de risco para a progressão para a AIDS, aumentando a mortalidade.

1.5 Considerações sobre adesão ao tratamento antirretroviral

A adesão ao tratamento antirretroviral em soropositivos se destaca entre os maiores desafios da atenção às pessoas com HIV/AIDS, uma vez que demanda de seus usuários mudanças comportamentais, dietéticas, com o uso de vários medicamentos por toda a vida.

Diante da cronicidade do HIV/AIDS, surgem outros desafios determinando a necessidade de novas práticas relacionadas ao cotidiano

das pessoas soropositivas. Com o advento da Terapia Antirretroviral -TARV, a Aids assumiu característica de doença crônica. O TARV tem como objetivo reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida pela supressão viral, adiando ou evitando o surgimento da imunodeficiência, beneficiando a saúde e permitindo que os indivíduos soropositivos concretizem seus projetos de vida (Bastos, 2006).

A compreensão sobre a adesão ao tratamento antirretroviral deve ser dinâmica devendo incluir aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais. Deve ser uma decisão compartilhada entre o portador, a equipe e a rede de relações sociais do indivíduo. Devem ser reconhecidas as responsabilidades específicas de cada um. Ultrapassa a simples ingestão de medicamentos, o vínculo com a equipe, acesso às informações e acompanhamento dos exames clínicos (Brasil, 2007).

De acordo com Tuldrà e Wu (2002), a adesão ao tratamento antirretroviral pode ser comparada à aquisição de um hábito em que as informações são apreendidas e transformadas, adaptando-se à rotina diária do paciente. Para tanto, a equipe pode e deve procurar entender qual é a compreensão que o paciente tem de sua enfermidade, ajudando-o no uso doTARV (Russell et al., 2003).

Outro fator relevante é o segredo que o portador usa para se esconder e se proteger do preconceito. Este comportamento tem impacto negativo, pois pode significar deixar de ir às consultas, deixar de fazer exames, deixar de ingerir os medicamentos em horas e doses recomendadas (Brasil, 2007). O momento do diagnóstico, de acordo com Santos (2001), pode ser o mais adequado para acolher, apreender, compreender e atender as demandas do usuário – e orientar o processo de adesão ao tratamento antirretroviral e enfrentamento da doença.

Portanto, de acordo com Adão e Caraciolo, (2007), Thomas e Castro (2012) e Poletto et al. (2015) os modos de enfrentamento do diagnóstico do HIV variam de acordo com cada indivíduo e podem mudar conforme fatores

peçoais e sócio ambientais, como as características de personalidade – organização dinâmica de sistemas psicofísicos que determina o comportamento e o pensamento - conhecimentos e crenças sobre a doença, pensamentos e emoções que favorecerão o entendimento quanto à adesão ao tratamento antirretroviral. A equipe deve levar em consideração esses fatores e identificar modos de enfrentamento, aceitação ou não desse diagnóstico e elaborar um plano de tratamento que inclua um atendimento psicológico, individual e/ou grupal, educativo e pedagógico, propiciando o encontro entre os indivíduos, para que troquem experiências e conheçam formas de lidar com a soropositividade.

Alguns fatores podem dificultar a adesão ao tratamento antirretroviral, segundo Adão e Caraciolo (2007), como a: ingestão de grande quantidade de comprimidos, além do tamanho, horários, conservação em baixa temperatura, ausência de suporte social, baixa escolaridade, não aceitação da doença, pois quem faz uso da medicação reconhece a realidade da soropositividade, transtornos mentais como depressão e ansiedade, efeitos colaterais, má relação com a equipe, uso de álcool e outras drogas e falta de organização pessoal. De acordo com o estudo sobre adesão ao tratamento antirretroviral e qualidade de vida realizado por Galvão et al. (2015), com 45 pacientes, com mais de 18 anos, em tratamento ambulatorial, verificou-se que seis já haviam abandonado o tratamento, portanto, só 39 pacientes foram avaliados. Destes, 51,3% apresentaram grau de adesão inadequado ao tratamento, em uso errado e irregular dos antirretrovirais. De acordo com o estudo de Varela e Galdames, (2014) sobre depressão e adesão ao tratamento antirretroviral, onde 119 pacientes que frequentaram programa de HIV/Aids do Hospital de Coquimbo, foram avaliados e, os resultados mostraram que 68% dos pacientes manifestaram problemas com adesão ao tratamento antirretroviral e, aqueles que apresentaram depressão de moderada a grave, apresentaram risco 3,08 (95%) maior de ter problemas com a adesão ao tratamento antirretroviral, em relação aos pacientes que apresentaram quadro depressivo mínimo e leve.

De acordo com Mûneme e Ekman (2014) houve maior facilidade de adesão ao tratamento antirretroviral após avanços tecnológicos e a diminuição do número de comprimidos diários da terapia antirretroviral, entretanto, existe dificuldade na manutenção deste hábito por longos períodos da vida para inúmeros pacientes, bem como, os medicamentos ainda podem ocasionar muitos efeitos colaterais, além do prolongamento do tempo de uso dos antirretrovirais possa relacionar-se com alterações na qualidade de vida.

1.6 Qualidade de vida

A organização mundial de saúde (OMS) reformulou o conceito de saúde como não sendo somente a ausência de doença, mas a presença de bem-estar físico, mental e social. A avaliação da qualidade de vida é baseada na percepção do indivíduo sobre seu estado de saúde, que também é influenciada pelo contexto cultural. O domínio psicológico merece atenção pelas influências que podem exercer no bem-estar e equilíbrio dos pacientes acometidos por doenças crônicas.

De acordo com Minayo, Hartz e Buss (2000), qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que é comparada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental. É a síntese que determinada sociedade considera como padrão de bem-estar.

O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que se reportam a épocas, espaços e histórias, sendo uma construção social com a presença cultural. Auquier et al. (1997), apud Minayo, Hartz, Buss, (2000), classificaram qualidade de vida como um conceito equívoco como o de inteligência, pois pode ser modificado, interpretado de indivíduo para indivíduo.

A noção de qualidade de vida remete ao plano individual e pode ter três referências: 1) histórica: em determinado tempo de seu desenvolvimento

econômico, social e tecnológico, determinada sociedade pode ter um parâmetro de qualidade de vida diferente da mesma sociedade em outro período; 2) cultural: são construídos valores e necessidades de acordo com as tradições de cada povo; 3) classes sociais: compara os padrões e ideias sobre qualidade de vida, de acordo com as condições de bem-estar das camadas mais abastadas. Não são apenas valores materiais que compõem a noção de qualidade de vida, nela, amor, liberdade, solidariedade, realização pessoal e felicidade estão inseridos. O mínimo para se referenciar a qualidade de vida, diz respeito à satisfação das necessidades básicas como: alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; no mundo atual, desemprego, exclusão social e violência, são reconhecidos como a negação desta qualidade. Estas características são mensuráveis e comparáveis entre si (Minayo, Hartz, Buss, 2000).

Como anteriormente evidenciado, além da possível associação entre depressão e sistema imunológico, os pacientes que apresentam sintomas depressivos podem aderir menos ao tratamento, levando a progressão da doença, aumento da mortalidade e, impacto na qualidade de vida (Starace et al., 2002, Malbergier, 2006).

Outra relação bastante significativa, é o numero de pessoas com mais de sessenta anos contaminadas por doenças sexualmente transmissíveis como HIV/AIDS, que também apresentam alterações do sistema imune, levando ao aparecimento de infecções e enfermidades , perdas neuropsicológicas: na memória, atenção, inteligência fluída e, perdas sociais , contribuindo e confundindo-se com quadro depressivo e neurológico. (Alberte, Rusalleda, Guariento, 2015). Desta forma, este estudo esta direcionado à esta população de pessoas com sessenta anos ou mais de idade e, a seguir serão divididos os tópicos: Depressão, envelhecimento e HIV, separadamente e, posteriormente inter-relacionados.

2 DEPRESSÃO & ENVELHECIMENTO

2.1 Depressão

De acordo com a OMS (Organização Mundial de Saúde) até 2020 a depressão será a doença principal mais incapacitante no mundo todo. Atualmente, há mais de 120 milhões de depressivos no mundo. No Brasil, estima-se 17 milhões. Aproximadamente 850 mil pessoas morrem, anualmente, em decorrência da doença.

O termo depressão tem vários significados e uma multiplicidade de usos semânticos, levando a uma confusão, de acordo com os diferentes campos em que se estude (Sonenreich et al., 1995; Stoppe Jr., Louzã Neto, 1996; Bahls, 2000; Parker, 2000; Canale, Furlan, 2006; Cole, McGuffin, Farmer, 2008). De forma geral, a depressão pode ser definida como um estado patológico produzido por exaltação afetiva de maior ou menor grau, de forma triste e angustiante, e/ou acompanhada de certo grau de diminuição da atividade motora. É algo que impregna a experiência humana normal tirando a alegria e enchendo-a de tristeza. É um sinal de alerta de que algo não vai bem, de que o sujeito precisa de companhia e ajuda. (Del Porto, 1999). Existem também formas agitadas, com ansiedade, inquietação, e atividade motora improdutiva. Considera-se que mesmo em formas leves, há diminuição do impulso vital sem expectativas para o futuro. O depressivo não faz projetos, volta-se para si mesmo, submergindo na introspecção, dirigindo sua hostilidade contra ele próprio (Sobre-Casas, 1997).

Com a criação dos psicofármacos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no século XX, foram elaborados dois manuais: o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – 3ª edição (DSM III, 1980) e (DSM IV, 1994), posteriormente o de Classificação Internacional de Doenças – Décima versão (CID -10,1992), (Stoppe, Louzã Neto, 1996). Estas versões evidenciaram a observação, a categorização e a descrição

dos fenômenos manifestados pelos sintomas e, ajudaram a separá-los por critérios definidos, como os da depressão maior, por apresentar características heterogêneas. Esta heterogeneidade é uma exceção a síndrome melancólica, também chamada depressão endogeniforme, onde há uma associação substancial de sinais e sintomas (Teixeira, 2005). Caldieraro (2015) observa que há dicotomia desde a antiguidade quanto dividir a depressão entre um transtorno único, ou dividi-la em dois grupos biológica e psicossocial - ou em depressão melancólica ou em depressão reativa. Este autor evidencia que apesar do DSM-III apresentar um modelo unitário, introduziu um indicador para melancolia, que também foi mantido no DSM-IV e atualmente no DSM-5, embora não utilizado, porque não é capaz de descrever as manifestações clínicas, ou de causa, para as respostas ao tratamento antirretroviral.

De acordo com Caldieraro (2015) a depressão também apresenta heterogeneidade, e a depressão maior é um transtorno altamente prevalente, recorrente e incapacitante, que traz prejuízo funcional e comprometimento da saúde física. Os critérios atuais para o diagnóstico da depressão maior cercam um grupo bem heterogêneo de quadros clínicos. Ainda este autor, aponta que o construto do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais de 1980 mantém-se praticamente inalterado até sua mais recente versão – DSM-5. A seguir, veremos como a DSM-5 (APA, 2014), descreve a depressão atualmente e como seus critérios apresentam semelhança aos demais autores citados neste estudo:

A característica comum da depressão é “a presença de humor triste, vazio ou irritável, com alterações somáticas e cognitivas que afetam a capacidade de funcionamento dos indivíduos significativamente”. O transtorno depressivo maior é condição clássica deste grupo de transtornos, pois se caracteriza por episódios distintos de, ao menos, duas semanas de duração envolvendo alterações nítidas no afeto, na cognição e em funções neurovegetativas e remissões entre os episódios como:

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias;

2. Diminuição do interesse ou prazer em todas as atividades quase que diariamente;
3. Perda ou ganho significativo de peso sem fazer dieta;
4. Insônia ou hiper9sonia quase todos os dias;
5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias;
6. Atualmente existem várias abordagens propostas para diminuir os sintomas físicos que se confundem com os depressivos. Fadiga, alterações do sono, do apetite, do peso e psicomotricidade ajudam a evidenciar o diagnóstico, quando são excessivos em relação ao esperado e quando surgem associados aos sintomas cognitivos e afetivos da depressão temporariamente.

2.2 Conceito: aspectos gerais da depressão

A depressão é mais que tristeza, pois esta diz respeito a uma resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades, diferente do estado de luto que se segue após a perda de um ente querido, por exemplo, que pode levar o sujeito a desenvolver sentimentos de profunda tristeza e são diferentes dos quadros depressivos, pois, no luto, ainda há interesses preservados e reações positivas ao ambiente. Pessoas com depressão podem experimentar falta de interesse e prazer nas atividades diárias, perda de peso ou ganho significativo, insônia ou sono excessivo, falta de energia e/ou certa diminuição da atividade motora, dificuldade de concentração, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, ele não faz projetos, volta-se para si mesmo, submergindo na introspecção, dirigindo sua hostilidade contra si mesmo. Há pensamentos recorrentes de morte ou suicídio, bem como alteração sobre sua crítica e sobre tudo ao seu redor (Sobre-casas, 1997). Pode aumentar o risco de morbidade e de mortalidade por doenças sistêmicas crônicas, principalmente em pacientes acima de 50 anos (Abdo, 2007).

Considera-se depressão quando a tristeza perde sua função adaptativa e o humor segue constantemente deprimido – assim, a depressão é estabelecida (Arantes, 2007). Nem todos os pacientes referem tristeza em seu estado depressivo, mas a perda da capacidade em sentir prazer por antigas atividades e diminuição no interesse pelo ambiente. Pacientes queixam-se de “impotência psíquica”, que os impede de realizar suas tarefas habituais e antes prazerosas, tornando-se perturbadas as funções psíquicas. Destacam-se: a tristeza vital, a sensação de fadiga, falta de energia e cansaço exacerbado, além de lentificação ou retardo psicomotor, diminuição da memória e concentração e da atividade voluntária: encontram-se deitados ou sempre sentados, inertes, com a fisionomia triste, abatida e contraída, expressando sofrimento (Del Porto, 1999). Ao ser realizado o diagnóstico, devem ser incluídos os sintomas psíquicos, fisiológicos e comportamentais como podemos ver a seguir, de acordo com estes dois autores (Del Porto, 1999; Fráguas Jr. et al., 1997):

1. Psíquicos- Os doentes acreditam que **perderam a capacidade de sentir alegria e prazer**. Há relação superficial com a vida por sentirem que não há mais graça, cor e vivacidade. Sentem-na opaca e vazia. Não se emocionam mais. Mesmo sem esforço físico, sentem-se fadigados e com a capacidade de atenção, concentração, e de tomada de decisões, reduzidas. Há desinteresse, apatia e indiferença pelo ambiente. Desacreditam na vida.
2. Fisiológicos- Nos sintomas fisiológicos, encontram-se **alterações no ciclo sono-vigília**- ao acordar no meio da noite, pacientes referem haver dificuldade para retomar o sono, bem como queixa pelo despertar precoce ou hipersonia. O apetite também pode se alternar entre a inapetência – perda de peso, ou aumento do apetite e, conseqüentemente, aumento do peso.
3. Nos sintomas ou evidências comportamentais, observa-se desinteresse pela atividade sexual, retraimento social, crises de

choro e comportamento suicida, bem como, **retardo psicomotor ou agitação**. Sensação de dores pelo corpo, em várias regiões, podem mascarar o quadro depressivo.

Del Porto (1999), Kaplan, Sadock e Grebb (1994) e Bahls (2000), também classificam três significados para o termo depressão:

Sintoma - que indica humor diminuído, surgindo em comorbidade com outros quadros clínicos, ou em situação de estresse, problemas sociais e econômicos adversos.

Síndrome – conjunto de sinais e sintomas que inclui alterações de humor: tristeza, irritabilidade, incapacidade de sentir prazer, apatia, alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas – sono, apetite.

Doença - a depressão classifica-se em diversas formas: transtorno depressivo maior, melancolia e distímia.

Transtornos depressivos trazem grande prejuízo na vida pessoal e familiar de qualquer indivíduo, em qualquer momento e faixa etária da vida especialmente na presença de doenças clínicas e crônicas quando são subdiagnosticados e subtratados, em razão das manifestações clínicas coincidentes com as de outras patologias (Fráguas Jr., Alves, 2002; Teng, Humes, Demétrio, 2005; Schmitt, Silva, 2009; Ventura, 2011).

Outros autores, Malbergier (2000) , Teng, Humes e Demétrio (2005) e, Ventura (2011) concordam que pacientes portadores de doenças crônicas, quando comparados à maioria da população, apresentam prevalência maior de transtornos psiquiátricos, principalmente a depressão. É uma doença que causa a maior proporção de incapacidade em nível mundial, e as doenças físicas contribuem para sua patogênese, seja pelos seus efeitos diretos, pelo uso de medicamentos para tratá-las, ou por suas repercussões sociais. Ventura,(2011) considera a depressão “bidirecional”, ou uma via de mão dupla”, esta associação entre depressão e doença crônica, pois não só as doenças físicas, ou seu tratamento podem

desencadear sintomas depressivos, mas as perturbações depressivas podem agravar as doenças físicas crônicas, coexistindo sem definir uma causalidade entre elas.

2.3 Quadro clínico: sinais e sintomas

A depressão caracteriza-se por diversos sintomas psíquicos e somáticos, o que ocorrem juntos e modificam as características psicológicas e os antigos comportamentos da pessoa afetada. Inicialmente, o paciente com depressão apresenta-se com humor predominantemente entristecido e às vezes irritável podendo ser evidente ou autorreferido. A perda de interesse por atividades de vida diárias, que antes eram prazerosas, pode ou não estar associada ao humor depressivo (APA, 1995).

O choro fácil pode ser um indicativo de tristeza, mas pacientes muito deprimidos são incapazes de chorar. Esses sintomas podem variar de intensidade ao longo do dia ou semana. Nos severamente depressivos, o humor ou anedonia, mantém-se ao longo do tempo (Fráguas Jr. et al., 1997).

A depressão pode comprometer a qualidade de vida muito mais do que outras condições médicas e pode elevar o tempo de internação, a morbidade no pós-operatório e a mortalidade (Botega, 2006; Fráguas Jr., Alves, 2002).

Há erros nos raciocínios diagnósticos para depressão, por exemplo, por um lado, deprimidos não são diagnosticados porque existe uma crença de que sintomas depressivos são normais diante de doenças físicas graves, que alteram o curso de vida drasticamente; por outro lado, o paciente triste é diagnosticado com quadro depressivo, causados unicamente pela doença de base (Botega, 2006).

Bahls (2000) refere um levantamento feito com a população em geral, mostrando que 71% consideram as doenças mentais como fraqueza

emocional, associando-a à tristeza e ao desânimo e 45% consideram-na possível de ser superada pela força de vontade.

2.4 Epidemiologia da depressão

Na população em geral, o início dos quadros depressivos ocorrem principalmente na 3ª e 4ª décadas de vida, atingindo mais mulheres do que homens, numa proporção de 2:1 (Fráguas Jr. et al., 1997; Abdo, 2007). Em homens, a prevalência é estimada entre 7% e 12%; em mulheres 20% e 25%. Moosa e Jeenah (2007) referem que a depressão é duas vezes mais comum em mulheres (20%) do que comparado aos homens (10%). Estima-se que, em 2020, os sintomas depressivos serão a segunda causa de anos perdidos, sendo as doenças cardíacas, a primeira causa (Schmitt, Silva, 2009). Em pacientes com doenças crônicas estes graus aumentam – entre 15% e 36%.

Estima-se que de 15% a 30% dos adultos apresentem depressão clínica significativa ao longo da vida, sendo 8% depressão maior. Entre os idosos, verificam-se os mais baixos índices (1,3% e 1,8%), acima de 65 anos. No entanto, estes índices aumentam significativamente entre os que apresentam determinadas condições médicas (Arantes, 2007). De cada 50 casos, um poderá necessitar de internação, e 15% se suicidam. A depressão tem caráter recorrente: o risco de um 2º episódio é de 50%, aumentando para 70 a 80% um terceiro episódio (Botega, 2006).

Os sintomas podem durar semanas, meses ou anos, sem tratamento adequado. O doente não pode acalmar-se ou melhorar sem ajuda adequada. Os quadros depressivos podem ocorrer em diversas situações, como no transtorno bipolar intercalando-se com episódios de mania, ou únicos e crônicos ao longo da vida, podendo se repetir no transcorrer do tempo com períodos de normalidade, desencadeados por doenças, além do uso de medicamentos ou drogas ilícitas, como álcool, cocaína, etc. (Abdo, 2007).

2.5 Envelhecimento: aspectos epidemiológicos

Em 2005, de acordo com Perez e Gasparini, havia 15,5 milhões de idosos; em 2020, serão 32 milhões, segundo censo de 2000, do IBGE.

Conforme dados fornecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU Brasil, 2011):

O mundo está no centro de uma transição do processo demográfico, única e irreversível, que irá resultar em populações mais velhas em todos os lugares. A medida que taxas de fertilidade diminuem, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais deve duplicar entre 2007 e 2050, e seu número atual deve mais que triplicar, alcançando 2 bilhões em 2050. Na maioria dos países, o número de pessoas acima dos 80 anos deve quadruplicar para quase 400 milhões até lá.

O IBGE (2009) afirma que nos últimos anos, o Brasil vem apresentando um novo padrão demográfico caracterizado pela redução da taxa de crescimento populacional e pelas profundas transformações na composição de sua estrutura etária, com significativo aumento dos idosos. Focando o grupo etário de 60 anos ou mais, observa-se que esse grupo duplicará no período de 2000 a 2020, ao passar, provavelmente, de 13,8 para 28,3 milhões, elevando-se em 2050 para 64 milhões.

Em 2030, o número de idosos superará o de crianças e adolescentes (menores de 15 anos) em cerca de 4 milhões de indivíduos, diferença essa que se elevará para 35,8 milhões em 2050 (64,1 milhões contra 28,3 milhões, respectivamente). Neste ano, os idosos representarão 28,8%, contra 13,1% de crianças e adolescentes no total da população. Estas questões têm sido amplamente retratadas pelo IBGE, devendo ser levadas em consideração no planejamento da política social, econômica e de saúde.

Para Cardoso et al. (2013), a população mundial de idosos deverá crescer e será de 694 milhões em 2025. Serão dois bilhões de idosos no mundo e, a maioria estará vivendo em países em desenvolvimento. No Brasil, com base em estimativas recentes, será de 40 milhões em 2030, com

consequente elevação dos gastos de saúde para o governo. Mas o que é o envelhecer? Como se inicia/identifica este processo? Há um conceito definível?

Para Fernandez-Ballesteros et al. (1992), o processo de envelhecimento é uma condição inerente à natureza humana, cujas mudanças são dinâmicas, em três esferas: biológica, psicológica e social. Aponta três formas de envelhecer: a normal, sem que o indivíduo apresente doenças físicas ou psicológicas, deixando-o limitado, ou incapaz; a doença, em que há enfermidades incapacitantes; e o bem-sucedido, com probabilidade baixa do acometimento de doenças que alterem funções cognitivas e funcionais, e comprometam a independência. Nessa perspectiva, verifica-se a heterogeneidade da velhice nos âmbitos biológico, histórico, social, cultural e econômico.

De acordo com Falcão e Carvalho (2010), é errado associarmos o envelhecimento a doença, ou a uma etapa negativa da vida em que sempre estará presente a doença física e mental. A sociedade, em geral, apresenta preconceito, estigmatização e intolerância com o sujeito que envelhece, ou com o avançar da idade.

2.6 Depressão e velhice

De acordo com o item 2, há várias classificações para a depressão. Contudo, há vários estudos que demonstram que o envelhecimento é sinônimo de quadro depressivo e que as taxas de doença mental aumentam com o avançar dos anos (Pollock, 1945). No entanto, Salvarezza (1991) discorda, apontando que é um lugar comum dizer que a velhice é o momento da vida em que se apresentam a maior quantidade de lutos, e que isto não é assim, pois há demonstração estatística de que as depressões reativas (lutos que podem se tornar doença) são mais frequentes em jovens que em velhos. Ressalta que o que pode ocorrer na velhice é que o luto tenha uma desproporcionada duração, porque a resolução dele implica a

conexão com novos objetos, ou equivalentes ao que foi perdido, e nesta etapa da vida, muitas vezes, isso não é mais possível.

Stoppe Jr. e Louzã Neto (1996) concordam que a identificação dos casos nesta população pode ser dificultada e subdiagnosticada porque os sinais e sintomas do envelhecimento podem confundir-se com os de depressão. Idosos raramente se queixam de tristeza, mas de sintomas somáticos e pouco expressam o que sentem, pela crença de que os sintomas desaparecerão.

Forlenza (1997) aponta que são inúmeros os fatores que levam o idoso a desenvolver transtorno de humor por passar por maior número de estressores psicológicos e sociais do que em outra faixa etária, como aposentadoria que pode levar ao empobrecimento e pior condição de moradia, alimentação e declínio social, perda de papéis produtivos, inevitáveis lutos e saída dos filhos, solidão, perda da acuidade visual e auditiva etc. No entanto, nenhuma teoria isolada explica a causa para elevação de transtorno de humor.

Alguns psicanalistas, como Salvarezza (1991), sustentam que cada cultura produz seu próprio tipo de envelhecimento. Alba (1992), entende que “*Tudo que existe, envelhece*”, mas só os seres vivos são conduzidos à morte, quer dizer, a cessação da vida. Não é exagerado dizer que o envelhecimento é um fenômeno inevitável, pois ele muda de indivíduo para indivíduo e seus sinais aparecem em uns, antes que em outros.

Péruchon e Thomé Renault (1992), afirmam que a velhice não é uma só e que as maneiras de envelhecer são muitas, como são diferentes as personalidades em cada um. Um traço característico, desta etapa da vida ou que aproxima o sujeito do fim é ideia da morte biológica com retorno há nada, mas também morte psíquica, que às vezes, precede e sempre a precipita.

Para Goldfarb (1998), a dificuldade principal para categorizar a velhice consiste em que ela não é unicamente um estado, mas um constante e sempre inacabado processo de subjetivação. Assim, na maior parte do tempo, não existe um “ser velho”, mas um “ser envelhecendo”. Propõe um recorte nesta compreensão, porque a questão biológica pode anteceder aspectos de má funcionalidade para diferentes indivíduos, em diversas etapas da vida, ou seja, cabelos brancos podem surgir aos trinta anos, artrose aos 40, e a aposentadoria não faz do sujeito um velho! Formas de ser no mundo, caracterizadas pelas escolhas e satisfações que podem incluir ou excluir o idoso na esfera social, demonstram também, subjetivamente, o que é ser “velho”.

Na velhice, período de perdas de objetos significativos e de lugares de reconhecimento simbólico, como a posição que ocupava no trabalho, na qual o sujeito não se reconhece mais. Perde-se a beleza física, padronizada pelos modelos atuais, a saúde, o trabalho, os colegas de tantos anos, a família e, principalmente, o tempo. A consciência do próprio fim, da deterioração, dá um fim à onipotência. Distante da beleza, da saúde da juventude, da capacidade de produzir bens, o corpo acaba com a fantasia de imortalidade. Luto difícil, pois é o da própria vida. Imaginar-se aniquilado pela morte não é um sentimento fácil de adaptar. Evocar o passado, com mais frequência, pode dar sentido ao futuro, ou às possibilidades de reparar o que já aconteceu.

Neste cenário de perdas físicas, sociais, Salvarezza (1991) aponta e concorda, com o momento em que o sujeito se vê diante dos desejos e impossibilidade de satisfazê-los, (em virtude do processo de envelhecimento) se retraindo do mundo externo e aumentando as relações com o mundo interno. Chama esse processo de “interioridade”, e caracteriza-o como as coisas secretas que cada um tem, o que se pensa da família, dos amigos e do próprio corpo. É específico desta etapa da vida, um fenômeno universal.

A personalidade de cada um determinará se este processo será traumático ou se tornará uma doença. Uma pessoa, cujo apego a si próprio, a sua imagem, impede-a de relacionar-se com o mundo e com as demais pessoas e que viverá drasticamente sua velhice, Krassoievitch, (1993), caracteriza como narcisismo e afirma que ele pode ser definido como uma concentração de interesse por si mesmo, como forma de regular a autoestima.

Para Fromm (1966, apud Krassoievitch, 1993) há dois tipos de narcisismo: o bom e o mau. No bom, o sujeito usa sua autoestima para relacionar-se com os outros, para desenvolver um trabalho; no mau, o objeto do narcisismo não é nada que o indivíduo faça ou produza, mas, sim, algo que ele tem, como: seu corpo, sua aparência, sua saúde, sua riqueza. É valioso pelas qualidades ou bens que possui, não pelo que realiza. Então, durante o processo de envelhecimento, são múltiplas as feridas narcísicas que o levarão a uma forma hostil, ressentida, um sofrimento acompanhado de angústia e depressão. Identifica-se negativamente, aparecendo sentimentos de inferioridade e impotência.

O indivíduo narcisista tem que enfrentar os conflitos básicos sobre o envelhecimento: as doenças físicas crônicas, as limitações e, sobretudo, as separações, as perdas e a solidão; desta forma, é inevitável confrontar-se com a natureza frágil, limitada e transitória da existência humana (Krassoievitch, 1993).

O HIV/Aids é atualmente uma das doenças crônicas que podem levar a um quadro depressivo pelo impacto de seu diagnóstico e pela própria ação do vírus no SNC, que se confundem e se sobrepõe às mudanças fisiológicas próprias do envelhecer humano. As diferentes formas de se vivenciar a sexualidade são determinadas pelos contextos sociocultural/histórico nos quais todos estão inseridos. Todas as condições sob as quais manifestamos nossa sexualidade, a forma como a praticamos, as escolhas e as orientações que adotamos são construídas socialmente.

Desta forma, é absolutamente normal o exercício da sexualidade em idosos, embora não seja vista assim pela grande maioria.

Conforme Sousa, Suassuna e Costa (2009), o preconceito, o desconhecimento e a discriminação fazem com que o comportamento sexual nestas pessoas seja visto como inadequado e imoral, até por estes mesmos grupos. Quando o desejo ainda é intenso, os idosos experimentam um sentimento de culpa e vergonha. Parece haver desinformação associada ao preconceito, o que não contribui para o desenvolvimento da prática da saúde em sua plenitude.

Não há porque os pensamentos sobre sexo e atividade sexual se esgotarem com a velhice e serem assunto próprio e exclusivo da juventude. Há desejos em qualquer idade e o seu declinar não está inexoravelmente ligado ao término da atividade sexual.

De acordo com Sousa, Suassuna e Costa (2009), o que ocorre com os profissionais de saúde é uma desvalorização das queixas sexuais do paciente idoso. Por um lado, parecem evitar este assunto por dificuldade em lidar com esta realidade, ou por não saberem o que fazer com as respostas que eles podem dar; por outro lado, os próprios idosos também apresentam dificuldade em se expor e acabam não sendo orientados quanto aos cuidados que devem ter, bem como para o encaminhamento e realização de testagem para doenças sexualmente transmissíveis, principalmente pelo HIV. Os procedimentos deveriam acontecer tal como para os jovens.

O pressuposto de que não é a sexualidade que torna as pessoas vulneráveis, mas suas práticas desprotegidas, vale para qualquer idade. Se o profissional de saúde, principalmente na atenção básica tiver uma escuta atenta às queixas e necessidades desta faixa etária e, de todas as demais faixas, esse quadro de avanço das doenças mudará.

A maior expectativa de vida saudável, incremento da vida social, e conseqüentemente, da vida sexual, pelo surgimento de novas drogas para a

disfunção erétil, medicamentos que diminuem efeitos indesejáveis da menopausa, lubrificantes vaginais e próteses, correção e prolongamento peniano, cirurgias plásticas estéticas, a crescente difusão na prática de exercícios físicos, turismo direcionado para este segmento, entre outros recursos, fazem com que homens e mulheres estejam em evidência e mais expostos e propícios à sexualidade, e também frequentem mais os serviços de saúde.

Blazer (2003), acrescenta que, no futuro, muitos mais estudos estarão voltados para as comorbidades na idade avançada, como as enfermidades físicas ou distúrbios mentais de origem orgânica.

2.7 Depressão, Envelhecimento e HIV

A depressão é associada com a elevada utilização de cuidados de saúde, diminuição da qualidade de vida, podendo elevar o número de suicídios entre os pacientes em cuidados primários de saúde. Em indivíduos com HIV/Aids, a depressão pode alterar o comportamento, por exemplo, promiscuidade, abandono do uso de preservativos, abuso de álcool e drogas ilícitas, entre outros, aumentando a probabilidade de transmissão da doença, além de menor adesão à terapia antirretroviral e, conseqüentemente maior risco de progressão do HIV (Hooshyar et al., 2010).

O transtorno de humor é mais prevalente entre soropositivos e um risco maior para os infectados pelo HIV/Aids. Associa-se com o declínio da função imune, aceleração do curso de progressão da doença, baixa qualidade de vida, baixa sobrevida e grande possibilidade de morte (Sambamoorthi et al., 2000; Malbergier, 2006; Schmitt, Silva, 2009; Reis et al., 2011).

De acordo com Leserman (2008), em revisão de literatura no período de 1990 a 2007, há evidências consistentes de que a depressão crônica, eventos estressantes e trauma podem afetar a progressão do HIV com diminuição dos linfócitos TCD4, aumento da carga viral, declínio clínico

e maior risco de mortalidade.

É antiga a hipótese de associação entre infecções virais e depressão. O HIV/Aids é uma doença que marca profundamente a pessoa acometida, pois afeta seu bem-estar físico, mental e social e envolve realmente sentimentos negativos de depressão, angústia e medo da morte, interferindo em sua identidade e autoestima (Carvalho, Braga, Galvão, 2004; Schmitt, Silva, 2009). Assim, de acordo com Malbergier e Shöfeel, (2001), o paciente deprimido tende a não tomar as medicações e a não seguir as orientações médicas, o que poderia justificar a maior ocorrência de infecções oportunistas.

Os fatores de risco para depressão em pessoas infectadas pelo HIV são: história familiar de depressão, transtorno de personalidade, uso de álcool e drogas, desemprego, sintomas constitucionais da Aids (como emagrecimento, diarreia crônica, dermatite seborreica e outras), múltiplas perdas, abandono, pouco suporte e conflito social, solidão, luto, falha terapêutica e doença avançada.

De forma mais específica, a depressão em idosos com HIV/Aids está mais relacionada a descoberta recente da infecção, início dos sintomas físicos, progressão da doença como a invasão do HIV no SNC, agentes oportunistas ou tumores, limitações impostas pelo adoecimento e problemas de aspectos psicossociais envolvidos.

Conforme o Boletim Epidemiológico AIDS-DST do Ministério da Saúde (2008), entre 1996 e 2006, a taxa de incidência de idosos com HIV dobrou, passando de 7,5 a 15,7/100.000 habitantes/ano. Nos indivíduos com 60 anos ou mais, verificou-se um aumento importante dos casos de Aids em ambos os sexos. Para o sexo masculino houve aumento de 394 casos em 1999, para 928 casos, em 2009; já para o sexo feminino, o aumento foi de 191 casos para 685, no mesmo período. (Boletim Epidemiológico AIDS-DST, 2010).

Embora a maioria dos casos de Aids ocorra entre 25 e 49 anos, houve aumento proporcional de casos em indivíduos com 50 anos, ou mais, de idade (de 7%, em 1996, para 13%, em 2006). Esse parâmetro está associado ao fato de que a expectativa de vida da população geral vai além de 80 anos, no Brasil. Já nos EUA, de acordo com o CDC, em 2005, 15% dos casos novos diagnosticados e 24% de todos os casos já diagnosticados foram em pessoas com 50 anos ou mais. Esses dados apresentam um aumento de 8% após 2001, no entanto, as verdadeiras taxas nesta população são difíceis de determinar, pela baixa aceitação em realizar o teste (Pratt et al., 2010).

O envelhecimento da população com HIV/Aids pode, assim, ser atribuído pela maior sobrevida devido ao HAART, quando a contaminação em idade mais avançada e quanto ao diagnóstico tardio. Esses dados apontam que provavelmente acarretará, em pouco tempo, um grande aumento do número de pessoas soropositivas vivendo na terceira idade (Adão, Caraciolo, 2007; Sousa, Suassuna, Costa, 2009; Cerqueira, 2013; Roger, Mignone, Kirkland, 2013).

Como já vimos anteriormente, existem algumas hipóteses para o aumento de vulnerabilidade dos idosos à infecção pelo HIV, como, principalmente, o maior acesso aos bens de consumo e conseqüente maior socialização, oferecendo ganhos qualitativos com novos significados ao envelhecimento, além de casamentos após os 60 anos, sexualidade prolongada, formação universitária tardia, continuidade das atividades profissionais e aposentadoria plena. Em estudo complementar realizado no Reino Unido por Pratt et al. (2010), foram identificados vários fatores que oferecem maior risco de contrair HIV:

1. Poucas campanhas direcionadas a esta população,
2. Pessoas mais velhas não se consideram em risco de contrair a doença,

3. Profissionais de saúde não consideram o diagnóstico de HIV, e confundem-se com sintomas do “envelhecimento normal”
4. Aumento de viagens para o exterior,
5. A Introdução do uso de drogas como estimulante a prática sexual de muitos homens idosos.

Podemos pensar que historicamente, a sexualidade dos idosos tem sido negada e até anulada, fato atribuído principalmente ao declínio ou decrepitude de diversas funções físicas e hormonais que, teoricamente os impediriam de relacionarem-se sexualmente.

Em pesquisa realizada por Laurentino et al. (2006) há referência de que os idosos sofrem preconceitos quando a discussão é em torno da sexualidade e que a sociedade em geral designa-os como incapazes de exercerem-na, mesmo sabendo que o desejo se mantém em todas as fases da vida até o fim. Observa também que o envelhecimento traz modificações aos aspectos físicos e emocionais; mas quanto aos sentimentos e às sensações, esses não se deterioram. No entanto, apesar dos estereótipos, muitos idosos levam vida sexual ativa.

Em estudo no Reino Unido sobre atividade sexual com uma amostra de 316 indivíduos, entre 50 e 59 anos de ambos os sexos, 260 dos entrevistados, 81,5%, estavam envolvidas simultaneamente em mais de um relacionamento, inclusive com prostitutas (Gott, 2001). Um levantamento nacional revelou nos EUA que uma minoria de idosos acima de 70 anos usava preservativo (Leigh, Temple, Trocki, 1993).

Em um estudo brasileiro, realizado por Bertoncini, Moraes e Kulkamp (2007), foi observado que 50% dos participantes usavam irregularmente o preservativo, mesmo sabendo que são soropositivos e que transmitem o vírus ao parceiro, disseminando a doença, e que também 52,4%, dos maiores de 50 anos com HIV continuaram a manter relações sexuais e começaram a usar preservativo, mas 9 dos entrevistados 42,9%

nunca usaram preservativo após infecção. Porém, este cenário de aumento de expectativa de vida, de novas tecnologias que prolongam a vida sexual, como medicações eficazes contra impotência no homem e reposição hormonal na mulher, ausência do risco de gravidez, levando-as a relações sexuais desprotegidas, abrem uma nova possibilidade de transmissão da Aids e de outras doenças sexualmente transmissíveis (Saldanha, Araújo, Sousa, 2009).

Em estudo desenvolvido no Reino Unido, Bodley-Tickell et al. (2008) referem aumento na última década de DST entre os 55-60 anos de idade. Esses resultados clamam por medidas urgentes de prevenção e tratamento especializado para esta população (Perez, Gasparini, 2005; Saldanha, Araújo, 2007). Novas representações sociais e rupturas de conceitos sobre os idosos devem ser (re)construídas para entender que eles ainda são ativos e têm práticas e preferências sexuais, e que não são assexuados.

Outro dado relevante, citado em Saldanha e Araújo (2007), é sobre a similaridade dos sintomas de Aids com os do processo de envelhecimento, levando profissionais de saúde a não solicitarem o teste HIV, gerando atraso no tratamento e piora de sobrevida.

Bertoncini, Moraes e Kulkamp (2007), em artigo referente a comportamento sexual em idosos, evidenciam que o diagnóstico do vírus HIV em idosos é adiado frequentemente em 10 meses, justamente porque certos sintomas, como cansaço, emagrecimento e perda de memória, ou lapsos, não são específicos desta doença, podendo ocorrer em outras doenças comuns nessa faixa etária. Os testes para detecção do HIV deveriam ser rotina na atenção primária.

Segundo Falci e Aldabe (2006) e Pratt et al. (2010), o estado deprimido no indivíduo, a insatisfação social e o excesso de desafios diários levariam à diminuição da imunocompetência do organismo que poderia baixar o número de linfócitos TCD4+ e justificaria a maior ocorrência de infecções oportunistas. Associado a isso, indivíduos mais velhos apresentam

deterioração imunológica mais rápida, com doenças clínicas mais precoces. Várias teorias sugerem o maior risco de progressão e pior resposta ao tratamento.

No grupo acima de 50 anos, em termos de evolução clínica, apresentaram menor tempo de sobrevida e taxas maiores de progressão para a Aids. Estudo Francês, incluindo 400 pacientes com mais de 50 anos, mostrou que a reconstituição de CD4 é significativamente mais lenta do que em mais jovens, apesar de melhor resposta ao vírus, e taxa maior de progressão clínica. Enfatiza que estes pacientes provavelmente já tivessem uma doença definidora de Aids. Os efeitos colaterais das medicações também são mais frequentes nos mais velhos que tem mais comorbidades e maior chance de interação medicamentosa.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Este estudo teve como objetivo identificar a depressão, a qualidade de vida e adesão ao tratamento com antirretrovirais em idosos soropositivos. Não foram encontrados outros estudos em bases de dados no Brasil e no exterior semelhantes, que correlacionaram todas estas variáveis juntas : Depressão, qualidade de vida, adesão e alterações neurocognitivas em idosos com HIV/Aids.

3.2 Específicos

- Estimar a frequência de depressão em idosos portadores de HIV e a qualidade de vida.
- Verificar a correlação entre depressão e a adesão ao tratamento antirretroviral.
- Verificar a correlação entre as variáveis clínicas & sócio demográficas e a depressão, a adesão ao tratamento antirretroviral e a qualidade de vida.

4 METODOS

4.1 Delineamento do Estudo

Foi realizado estudo de coorte transversal do tipo descritivo. A escolha deste método ocorre pelo fato da investigação quantitativa atuar em níveis de realidade objetivando trazer à luz, dados, indicadores e tendências observáveis. (Minayo, Sanches, 1993).

4.2 Amostra

Foram amostrados (recrutados) 39 pacientes portadores de HIV/AIDS com 60 anos ou mais de idade, de ambos os sexos, atendidos no Ambulatório do Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER). Este ambulatório possuía a época da coleta de dados, 49 pacientes inscritos, com 60 anos ou mais de idade, de ambos os sexos. O período de estudo ocorreu entre julho/agosto de 2011 a julho/agosto de 2012. Este ambulatório atende idosos com diagnóstico específico de HIV/Aids, às sextas-feiras no período da manhã. Todos os instrumentos e o questionário sócio demográfico foram aplicados exclusivamente pela pesquisadora, individualmente, durante o horário habitual de funcionamento desse serviço. No Brasil, de acordo com dados do Ministério da Saúde (2016) o numero de infectados de 2007 até 2016, foi de 136.945,

Crítérios de Inclusão: Pacientes com 60 anos ou mais de idade, que frequentam ambulatório para idosos no Instituto de Infectologia Emílio Ribas.

Crítérios de exclusão: Pacientes com alterações neurocognitivas graves – para atenção, memória, percepção e, pacientes com transtorno mental grave, apresentando sintomas psicóticos, delírios e, alucinações auditivas observados durante aplicação do questionário sócio-demográfico e dos instrumentos de rastreio cognitivo. .

Local: A pesquisa foi realizada no Instituto de Infectologia “Emilio Ribas” (IIER), Hospital público especializado em doenças infectocontagiosas, situado em área central do Município de São Paulo, na Avenida Doutor Arnaldo, número,165, Cerqueira César, São Paulo – SP, no período de julho /agosto de 2011 a julho/agosto de 2012.

4.3 Instrumentos

1. Ficha elaborada pela pesquisadora (anexa), com dados sócios-demográficos dos participantes: idade, sexo, nível socioeconômico, escolaridade, religião, bairro, condições de moradia e informações sobre estágio clínico de doença (doenças oportunistas, dosagem de linfócitos CD4+, carga viral/HIV-1 e depressão.
2. Inventário Beck de Depressão conhecido como BDI (Beck et al., 1961) é usado para medir a intensidade da depressão. Os itens foram selecionados com base em observações e relatos frequentes em pacientes psiquiátricos, com transtorno depressivo. Trata-se de uma escala de auto relato com 21 itens sobre: tristeza; pessimismo; sentimento de fracasso; insatisfação; culpa; punição; auto aversão autoacusações; ideias suicidas; choro; irritabilidade; retraimento social; indecisão; mudança na autoimagem; dificuldade laboral; insônia; fadigabilidade; perda de apetite. O escore total é o resultado da somas dos escores individuais dos itens. O escore total permite a classificação dos níveis de intensidade da depressão. O BDI apresenta itens cognitivo-afetivos e outros que subentendem queixas somáticas e de desempenho que constituem sub escalas. Esta diferença nos padrões sintomáticos ajudam o examinador à avaliar pacientes com ideação suicida, por exemplo, pois os mesmos podem esconder sintomas depressivos. Portanto, deve-se dar atenção

especial ao ítem 2.- pessimismo e, ao ítem 9. Idéias suicidas, para estimar potencial suicida. A intensidade de sintomas depressivos é medida pelos seguintes escores: mínima (0-11), leve (12-19), moderada (20-35) e grave (36-63) (Cunha, 2001).

3. WHOQOL - escala de qualidade de vida. Questionário WHOQOL, desenvolvido pelo grupo de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL- World Health Organization Quality of Life Group). Contém 26 questões, 24 divididas em 4 domínios: Físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente e duas questões sobre qualidade de vida. Nesta modalidade Brief, cada domínio é avaliado a partir de uma questão. É composto também por um domínio que avalia qualidade de vida global. Cada domínio é composto por questões, cujas pontuações das respostas variam de 1 a 5. Os escores finais dos domínios são calculados por uma sintaxe que considera as respostas de cada questão que compõe este domínio, resultando em escores finais, numa escala de 0 a 100. O instrumento é auto aplicável, mas neste estudo, em decorrência da idade avançada, problemas visuais e, baixo nível de escolaridade em alguns participantes, optou-se pela aplicação direta pelo aplicador. Justifica-se a aplicação deste pela literatura que mostra boa resposta deste teste para a qualidade de vida em idosos. (Fleck et al., 2000).
4. Questionário para a Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral – VHI (CEAT-VIH). O “Questionario para Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH)¹” é um questionário específico para avaliar a adesão à terapia antirretroviral. É um instrumento de carácter multidimensional de autoadministração e está validado para indivíduos adultos (Remor, 2002a, 2002c). Constitui uma ferramenta rápida e simples de administrar, abarcando os

principais fatores associados ao comportamento de adesão ao tratamento antiretroviral. O instrumento é constituído por 20 itens que foram formulados com base na revisão da literatura especializada e na experiência clínica juntos aos indivíduos portadores de HIV/Aids. A pontuação total é obtida pela soma de todos os itens (mínimo possível 17 pontos e máximo possível 89 pontos). Quanto maior a pontuação, maior será o grau de adesão ao tratamento antirretroviral. É de salientar que os itens do questionário permitem identificar importantes fatores comportamentais quando se deseja implementar um plano de intervenção para melhorar a adesão a terapia antirretroviral (Remor, 2002b, 2002c).

O estudo psicométrico original que conduziu à criação do CEAT-VIH (Remor, 2002b) permitiu estabelecer uma correlação entre a adesão a terapia antirretroviral e a quantificação da carga viral (número de cópias do vírus por mm³), principal indicador clínico do efeito do tratamento farmacológico. É um instrumento de auto-informe que em seu conjunto avaliam o grau de adesão ao tratamento antirretroviral. Aplicável a pacientes adultos com infecção pelo HIV, é uma ferramenta rápida e simples de administrar, como dito anteriormente, e fácil para o participante responder. Estudos prévios de Gordillo et al. (1999), Remor, (2002b) e Reis et al., (2009), mostraram a utilidade desse instrumento em outros países como Colômbia, Espanha, Peru e Portugal) além disso foi validado e adaptado ao contexto brasileiro (Remor, Milner-Moskovics, Preussler, 2007).

5. MINI – Exame do estado mental (MEEM). O MEEM (Folstein, Folstein, McHugh, 1975) fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos e contém questões agrupadas em sete categorias que avaliam “funções” cognitivas, tais, como :orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e calculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8

pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O MEEM apresenta escore variado de um mínimo de 0 (zero) mede a capacidade cognitiva dos idosos, tendo uma pontuação máxima de 30 pontos, o qual corresponde a melhor capacidade cognitiva. Foi projetado para ser um instrumento clínico prático que permite avaliar a mudança do estado cognitivo em pacientes idosos. Leve em conta o nível de escolaridade dos indivíduos. Verifica a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (atenção ou imediata) e evocação, cálculo, praxia e, habilidades de linguagem e viso-espaciais. Pode ser usado como teste de rastreio para perda cognitiva ou como avaliação cognitiva em pacientes internados. Não pode ser usado para diagnóstico de demência Denominado “mini” porque apresenta apenas aspectos cognitivos da função mental e exclui humor e funções mentais anormais. Pode ser aplicado por clínicos e leigos após treinamento. Leva de 5-10 minutos para ser completado. O MEEM inclui 11 itens, divididos em 2 sessões. A primeira exige respostas verbais e questões de orientação, memória e atenção, a segunda, leitura e escrita atendendo as habilidades de nomeação, seguir comandos verbais e escritas, escrever uma frase e copiar um desenho (polígonos). As questões seguem uma ordem e recebem escore imediato somando os pontos atribuídos a cada tarefa. Os escores medianos utilizados para identificar a presença de alterações cognitivas foram: 18 pontos para idosos analfabetos; 21 para idosos com 1 a 3 anos de escolaridade; 24 para 4 a 7 anos de escolaridade; 26 para 8 ou mais anos de escolaridade, segundo critérios estabelecidos por Bertolucci et al., 1994.

4.3.1 Escala Instrumental para Atividades de Vida Diária

Questionário que avalia o desempenho nas atividades cotidianas, conhecidas como atividades instrumentais da vida diária (IADL, Instrumental

Activities of Daily Living). Se essa ferramenta indica alteração (classificação como dependência parcial ou total), recomenda-se uma avaliação neuropsicológica formal. É formada por sete itens de auto relato baseados na escala de Lawton e Brody (1969) que avaliaram o nível de independência. Conta com três possibilidades de resposta, que valem 3, 2 e 1 ponto, respectivamente, "totalmente independente" (3 pontos); "precisa de alguma ajuda" (2 pontos); "precisa de ajuda total" (1 ponto) para realizar as tarefas do dia a dia, constituindo uma escala que vai de 7 a 21 pontos. Assim, têm-se três classificações possíveis: dependência total: 7 pontos; dependência parcial, >7 e < 21 pontos, quanto menor a pontuação, menor a dependência. (Santos, Virtuoso Jr., 2008).

4.3.2 International HIV Dementia Scale – IDHS

A escala internacional para distúrbios neurocognitivos associados ao HIV (HAND) IDHS - International HIV Dementia Scale (Sacktor et al., 2005) é uma ferramenta desenhada para a triagem, que pode ser aplicada em poucos minutos, não sofre influência da escolaridade e foi validada transculturalmente (Rodrigues et al., 2013). Tem sensibilidade de 80% e especificidade de 57% razoáveis, com nota de corte \geq para o diagnóstico de HAND. Esta escala é composta por três subtestes: cronometrado fingertapping, teste de sequência de mão alternadas e memória para quatro itens durante apenas dois minutos, seguindo esta sequência. O teste da sequência de mão alternada foi adaptado do teste motor de Luria. Os indivíduos foram convidados a realizar movimento com a mão dominante bem rapidamente por 10 segundos, apertando o punho sobre a mesa, ou superfície plana, colocar a mão aberta com a palma para baixo; colocar a mão perpendicular a superfícies plana. Devem ser demonstradas pelo aplicador antes do início do teste, e o indivíduo que será testado deve repetir os movimentos duas vezes antes da contagem oficial.. Se o participante não conseguir executar os movimentos alternados e sequenciais por 10s a resposta é zero. O subconjunto de recordação verbal é medido para repetir quatro palavras que já foram previamente ditas pelo examinador no início da

aplicação que são: cão, chapéu, feijão, vermelho e, repetidos pelo indivíduo. Após os movimentos das mãos , as palavras memorizadas são repetidas. Meio ponto é atribuído a cada palavra correta. .

4.4 Procedimentos

Os 39 participantes foram convidados pela médica infectologista para participar da pesquisa após a consulta no ambulatório de idosos. Os que aceitaram participar foram prontamente recebidos pela pesquisadora em sala próxima ao consultório. Inicialmente, houve esclarecimentos sobre a pesquisa e sua importância para a área da saúde, após apresentação e assinatura do Termo de Consentimento livre e esclarecido pelo participante que concordou em participar da pesquisa a iniciou-se a aplicação dos instrumentos obedecendo a seguinte sequência: Questionário sócio demográfico (elaborado pela pesquisadora), IDHS- International HIV Dementia Scale, Inventário Beck de depressão, MEEM – Mini-exame do estado mental, Whoqol - Escala de qualidade de vida, Questionário para avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral - CEAT - VIH e Escala Instrumental da vida diária. Para melhor caracterização clínica da amostra foram consultados no prontuário por meio do programa SISRAD, a contagem de linfócitos T CD4 e carga viral (vide anexos).

4.5 Análise e tratamento dos dados

Os resultados dos instrumentos respeitaram suas formas de avaliação. A pontuação total foi obtida pela soma de todos os itens.

Os dados coletados foram inseridos em banco de dados construído no programa Statistical Package for the Social Sciences -SPSS 19.0 for Windows, Release 14.0.1 e tratados por meio de estatística descritiva, com os cálculos dos percentuais, das médias, das frequências e do desvio padrão e do coeficiente de Spearman (ρ) devido ao número pequeno de participantes, variáveis qualitativas e sem distribuição normal (Pontes, 2010).

Para as análises estatísticas, foram considerados um nível de significância 95%.

4.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa teve início após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Infectologia Emílio Ribas, bem como a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecidos pelos participantes que concordaram em participar do estudo após explicação sobre os objetivos do estudo e sobre a importância do sigilo e confidencialidade das informações, aos participantes (anexo) 59/2009.

5 RESULTADOS

A apresentação dos resultados está na forma de tabelas. Os dados apresentados foram subdivididos nas seguintes categorias:

1. Perfil Sócio Demográfico e Clínico
2. Escalas de Rastreio Cognitivo: Mini Mental e IDHS
3. Escala de Adesão CEAT
4. Frequência de Depressão
5. Qualidade de vida

5.1 Perfil Sócio demográfico e clinico

Dos participantes, 51,3% foram do sexo feminino, declaram-se viúvos 33,3%, vivem em casa própria 74,3%, renda familiar de um a cinco salários mínimos 74,4%, independentes 74,4%, idade média 65,35 anos (dp= 6,27, mínimo 59 e máximo 83), 51,3% dos participantes com Ensino Fundamental incompleto e 64,1% aposentados. **Tabela 1** – Distribuição dos participantes portadores de HIV segundo características sócio demográficas (n=39) no IIER. São Paulo, 2016.

Variável	Categoria	Participantes (n=39)
Sexo	Masculino	19 (48,7%)
	Feminino	20 (51,3%)
Escolaridade	Fundamental Incompleto	20 (51,3%)
	Fundamental Completo	6 (15,4%)
	Médio Incompleto	2 (5,1%)
	Médio Completo	6 (15,4%)
	Superior	5 (12,8%)
Estado Civil	Solteiro	12 (30,8%)
	Casado/Relacionamento Estável	7 (17,9%)
	Divorciado/Separado	7 (17,9%)
	Viúvo	13 (33,3%)
Ocupação	Empregado	13 (33,3%)

	Aposentado	25 (64,1%)
	Desempregado	1 (2,6%)
Renda	Menos de 1 SM	6 (15,4%)
	1-5 SM	29 (74,4%)
	5-10 SM	2 (5,1%)
	Mais de 10 SM	1 (2,6%)
	Não informou	1 (2,6%)
Moradia	Casa Própria	29 (74,3%)
	Alugada	6 (15,4%)
	Cedida	3 (7,6%)
	Mora em ocupação	1 (2,6%)
AVD's	Dependência Parcial	10 (25,6%)
	Independência	29 (74,4%)

Condições do estudo: As informações foram obtidas por meio do questionário sócio demográfico elaborado pela pesquisadora.

Em 64,1% dos participantes a forma de transmissão do vírus HIV foi sexual. Setenta e quatro vírgula quatro por cento dos participantes não soube dizer a entrevistadora durante a aplicação dos instrumentos, o nome dos antirretrovirais, 87,2% refere não ter dificuldade em tomar a medicação. **Tabela 2** – Distribuição dos participantes portadores de HIV, segundo características clínicas (n=39) no IIER. São Paulo, 2016.

Variável	Categoria	Participantes (n=39)
Forma de Transmissão	Sexual	25 (64,1%)
	Uso de drogas endovenosas	01 (2,6%)
	Desconhecida	13 (33,3%)
Sabe os nomes dos ARRIV	Sim	10 (25,6%)
	Não	29 (74,4%)
Tem dificuldade para tomar os ARRIV?	Sim	05 (12,8%)
	Não	34 (87,2%)
CD4		509,6 (dp=329,99)
Tempo de Infecção (anos)		14,5 (dp= 6,5)

5.2 Escalas de Rastreio Cognitivo

5.2.1 Mini Exame do Estado Mental

Os resultados do Mini-Exame Mental mostraram que 61,5% dos participantes avaliados não apresentaram alteração cognitiva. A pontuação média neste teste foi de 24,6 (dp= 3,80), sendo a pontuação mínima de 17 e a máxima de 30 pontos, 38,5% dos participantes dessa amostra apresentaram suspeita de alterações cognitivas.

Tabela 3 –Distribuição dos participantes portadores de HIV segundo resultado do teste mini exame do estado mental (n=39) no IIER, segundo nível de escolaridade. São Paulo, 2016.

Classificação	Participantes (n=39)
Com alteração	15 (38,5%)
Sem alteração	24 (61,5%)

Após a análise de correlação de Spearman (ρ) foi possível observar que os fatores que podem interferir no resultado de alteração cognitiva por este teste foram: maiores graus de depressão no Inventário Beck de Depressão ($\rho=-0,363$; $p=0,023$) e participantes que apresentaram – insatisfação no domínio Relações Sociais do WHOQOL ($\rho=0,340$; $p=0,034$), apresentaram mais alterações cognitivas, ou seja, pacientes com grau de Depressão elevado e insatisfação no domínio de Relações Sociais apresentaram menores chances de terem pontuação que indicasse alteração cognitiva.

5.2.2 International Dementia HIV Scale (IDHS)

Os resultados do IDHS mostraram que 8,7% dos examinados, apresentaram suspeita de alterações cognitivas. A pontuação média neste teste foi de 9,71 (dp= 2,35), sendo a pontuação mínima de 3 e a máxima de 12 pontos.

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes portadores de HIV segundo resultado do IDHS (n=39) no IIER. São Paulo, 2016.

Classificação	Participantes (n=39)
Com alteração	19 (48,7%)
Sem alteração	20 (51,3%)

Após a análise de correlação de Spearman (ρ) foi possível observar que os fatores que interferiram no resultado de alteração cognitiva por este teste foram: baixa pontuação do questionário de adesão ao tratamento antirretroviral (CEAT) ($\rho=-0,359$; $p=0,025$) e sexo – feminino ($\rho=0,353$; $p=0,027$) apresentaram alteração cognitiva no IDHS, ou seja, pacientes pouco aderentes à medicação antirretroviral e mulheres apresentaram maiores chances de terem comprometimento cognitivo associado ao HIV.

5.3 Escala de Adesão ao tratamento antirretroviral – CEAT

A média de pontuação na escala de adesão ao tratamento antirretroviral foi de 60,43 (dp=8,25), considerada uma pontuação de boa adesão, com pontuação mínima de 25 e máxima de 85 pontos. Após a análise de correlação de Spearman (ρ), foi possível observar que os fatores que interferiram para a o resultado da pontuação na escala de adesão foi: presença de alteração cognitiva no IDHS ($\rho=-0,359$; $p=0,025$), ou seja, a partir destes resultados podemos concluir que pacientes com resultados

sugestivos de alterações cognitivas pelo IDHS apresentam maiores chances de pouca aderência ao tratamento antirretroviral.

5.4 Frequência de Depressão

Os resultados do Inventário Beck de Depressão mostraram que 59,0%, dos participantes entrevistados, apresentou grau mínimo E 25,7% grau moderado e grave. A pontuação média dos participantes neste teste foi de 13,89 (dp=11,57), com pontuação mínima de 0 e máxima de 47.

Tabela 5 – Distribuição dos pacientes portadores de HIV de acordo com o grau de depressão (n=39) no IIER. São Paulo, 2016.

Classificação	Participantes
Mínima	23 (59,0%)
Leve	6 (15,4%)
Moderada	6 (15,4%)
Grave	4 (10,3%)

Após a análise de correlação de Spearman (ρ) foi possível observar que os fatores que interferiram grau de depressão foram: sexo (feminino) ($\rho=-0,493$; $p=0,001$), quem relatou na entrevista que tinha depressão ($\rho=-0,673$; $p=0,001$), mini-exame do estado mental ($\rho=-0,363$; $p=0,023$), domínio psicológico do WHOQOL ($\rho=-0,534$; $p=0,006$) e domínio relações sociais do WHOQOL ($\rho=-0,361$; $p=0,024$). Ou seja, mulheres, participantes que sentiam sintomas de tristeza, que apresentaram alteração cognitiva no Mini-mental e que apresentaram insatisfação no domínio psicológico do WHOQOL apresentaram maiores graus de depressão.

5.5 Qualidade de Vida

5.5.1 Domínio Físico

O domínio físico aborda questões de dor, tratamento médico, energia, fadiga, locomoção, sono e capacidade física para o trabalho e para realização de atividades do dia a dia. Setenta e um virgula oito por cento dos participantes, apresentaram-se nem satisfeito, nem insatisfeito, com seu domínio físico, e 5,1% apresentaram-se satisfeitos, indicando baixa satisfação com sua capacidade física. A pontuação média dos participantes neste domínio foi de 64,71 (dp=13,03), com pontuação mínima de 35 e máxima de 100.

Tabela 6 – Distribuição dos participantes portadores de HIV de acordo com o resultado do Domínio Físico - WHOQOL (n=39) no IIER. São Paulo, 2016.

Classificação	Participantes (n=39)
Insatisfeito	9 (23,1%)
Nem satisfeito, nem insatisfeito.	28 (71,8%)
Satisfeito	2 (5,1%)

Não foram encontradas correlações significativas entre o domínio físico e outras variáveis (clínicas, sócio demográficas ou resultados dos testes utilizados neste estudo).

5.5.2 Domínio Psicológico

O domínio psicológico aborda questões que são fundamentadas na auto percepção de sentimentos positivos e negativos, concentração, autoestima, imagem corporal e aparência. Os resultados mostraram que 25,6% dos participantes apresentam baixa taxa de satisfação com sua autoestima, aparência e, etc...

Tabela 7 – Distribuição dos participantes portadores de HIV de acordo com o resultado do Domínio Psicológico - WHOQOL (n=39) no IIER. São Paulo, 2016.

Classificação	Participantes (n=39)
Muito insatisfeito	1 (2,6%)
Insatisfeito	9 (23,1%)
Nem satisfeito, nem insatisfeito.	19 (48,7%)
Satisfeito	10 (25,6%)

Após a análise de correlação de Spearman (ρ) foi possível observar que os fatores que influenciaram o domínio psicológico foram: sexo (feminino) ($\rho=0,480$; $p=0,002$), grau de depressão – BDI ($\rho=-0,534$; $p=0,006$) e quem relatou na entrevista que tinha depressão ($\rho=0,430$; $p=0,006$). Ou seja, mulheres e pacientes com maiores graus de depressão tendem a apresentar pior percepção do seu estado psicológico.

5.5.3 Domínio Relações Sociais

As questões do domínio Relações Sociais dizem respeito a relações sociais, apoio social, atividades sociais e sexuais. Os resultados mostraram que os participantes apresentaram-se muito satisfeitos com seus relacionamentos sociais. Os resultados encontram-se na tabela 8 a seguir.

Tabela 8 – Distribuição dos participantes portadores de HIV de acordo com o resultado do Domínio Relações Sociais - WHOQOL (n=39) no IIER. São Paulo, 2016.

Classificação	Participantes (n=39)
Insatisfeito	1 (2,6%)
Nem satisfeito, nem insatisfeito.	3 (7,7%)
Satisfeito	9 (23,1%)
Muito satisfeito	26 (66,7%)

Após a análise de correlação de Spearman (ρ) foi possível observar que os pacientes que apresentaram insatisfação ou estavam nem satisfeitos, nem insatisfeitos com as relações sociais, apresentaram baixa pontuação no mini exame de estado mental ($\rho=0,340$; $p= 0, 034$).

5.5.4 Domínio Meio Ambiente

No domínio Meio Ambiente as questões englobam segurança física, recursos econômicos, cuidados de saúde, sociais, disponibilidade e qualidade, oportunidades para adquirir novas informações e competências, participação e/ou oportunidades de lazer, ambiente físico (poluição / barulho / trânsito / clima) e transporte. Frente a essas questões, 56,4% dos participantes apresentaram-se, insatisfeitos neste domínio. Dado significativo, pois não houve satisfeitos com estas questões ligadas a oportunidades, aposentadoria, atenção básica à saúde e, etc...

Tabela 9 – Distribuição dos participantes portadores de HIV de acordo com o resultado do Domínio Meio Ambiente - WHOQOL (n=39) no IIER. São Paulo, 2016.

Classificação	Participantes (n=39)
Muito insatisfeito	2 (5,1%)
Insatisfeito	22 (56,4%)
Nem satisfeito, nem insatisfeito.	15 (38,5%)

Não foram encontradas correlações significativas entre o domínio físico e outras variáveis (clínicas, sócio demográficas ou resultados dos testes utilizados neste estudo).

6 DISCUSSÃO

Verificou-se na amostra estudada, que embora a diferença entre os gêneros seja pequena, 51,3% mulheres e, 48,7% homens, existe diferença, seja pelas mulheres buscarem mais assistência médica e, ou, por serem notificados os casos, corroborando estudos de: Gomes e Silva (2008), Sousa, Suassuna e Costa (2009), Cerqueira (2011) onde a atual situação do HIV/AIDS no Brasil, com suas múltiplas dimensões, sofreu transformações ao longo do tempo, com tendência atual a feminização, pauperização, interiorização e heterossexualização, chamando a atenção para a aproximação dos números de casos entre os gêneros, pois era impensável na década de 1980 até 2011, de acordo com o Boletim Epidemiológico de 2011, que 65,4% de casos de AIDS no país fossem do sexo masculino e, 34,6% do sexo feminino. Em 1983, eram 40 homens para cada mulher contaminada. Segundo estudo de Celidônio, Andrade (2014) durante muitos anos, imaginava-se que para contrair HIV/AIDS, era necessário pertencer a um “grupo de risco”, que incluía homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo/promiscuidade, e, hemofílicos. No entanto, com o decorrer dos anos, as mulheres foram se contaminando através de seus maridos, parceiros, companheiros que, disseminaram a doença, principalmente em gestantes através da transmissão materno-infantil ou transmissão vertical.

No estudo de Correia, Cornélio, Almeida (2013), realizado num Serviço de atendimento Especializado (SAE) em Sergipe, com 187 pacientes sendo 63% do sexo masculino e 37% do sexo feminino, verificou-se que a maioria dos casos de Aids foi do sexo masculino, mostrando que ele é ainda o mais acometido pela doença, pois por carregar o estigma de sexo forte, preocupa-se menos com sua saúde do que as mulheres, bem como, pode, talvez ter maior número de parceiras, contrariando nosso estudo, apesar de evidenciar que a razão entre os sexos vem diminuindo progressivamente, talvez pela maior procura de tratamento pelas mulheres.

Esta amostra também apontou que a maioria dos idosos são viúvos, independentes, com baixa escolaridade, (51,3%) com ensino fundamental incompleto, embora este dado não tenha sido relevante do ponto de vista da correlação de variáveis de interesse central neste estudo, no caso depressão, adesão e qualidade de vida.

De acordo com o estudo de Araújo, Bertolini, Bertolini (2015) com 85 idosos em idade maior ou igual a 60 anos, com HIV/Aids e baixa escolaridade – ensino fundamental incompleto, com mulheres viúvas e os homens casados, evidenciou que a diferença entre o número de homens e o número de mulheres foi pequena, sugerindo tendência a feminização, corroborando este estudo. Isto pode significar o aumento da doença HIV/Aids entre as mulheres por causa de sua vulnerabilidade biológica e social, bem como pela maior procura por tratamento. Estas estariam mais susceptíveis à infecção, devido às mudanças ocorridas com o envelhecimento do organismo e, mais expostas em decorrência da falta de acesso a saúde, baixa aposentadoria, baixa escolaridade, dificuldade em se impor diante do masculino e da sociedade, não negociando sexo seguro, por exemplo. A condição de viúvos, neste estudo, nos leva a pensar na maior exposição e fragilidade diante da doença.

O desconhecimento sobre o vírus HIV e sua forma de transmissão além da necessidade constante do uso de preservativo, parece algo distante nos viúvos (as) atualmente, onde (33,3%) com sessenta anos ou mais de idade e com baixa escolaridade, continuam ativos sexualmente por causa das drogas para diminuir a impotência, ficando mais expostos a contraírem a Aids, enfermidade que não existia quando eram jovens. Estes fatores, desmistificam a errônea ideia de que os idosos não possuem mais desejos e nem projetos de vida. Não existem razões para se pensar que o sexo e a atividade sexual se esgotem com a velhice, pois há desejos em qualquer idade (Gomes, Silva, 2008; Sousa, Suassuna, Costa, 2009; Andrade, Silva, Santos, 2010; Cerqueira, 2011; Okuno et al., 2014; Affeldt, Silveira, Barcelos, 2015).

Portanto, a falta de informação leva a menor percepção do risco em contrair o HIV, em ambos os sexos, dado bastante significativo revelado pelo resultado desta amostra, em que a escolaridade fundamental incompleta foi de 51,3%, corroborado estudos de Affeldt, Silveira e Barcelos (2015) em que a média foi de 58,9% numa amostra maior, com 142 participantes; Gomes e Silva (2008) encontraram em seu estudo 78,7% analfabetos, ou com 1 grau completo, em amostra também maior com 1579 participantes; Okuno et al. (2014) observou 53,3% idosos com baixa escolaridade, interferindo diretamente numa consciência sobre a própria saúde e capacidade de entendimento sobre o tratamento e o autocuidado, e conseqüentemente não adesão ao tratamento.

Okuno et al. (2014) também verificaram associações estatísticas entre escolaridade e conhecimentos sobre o HIV/Aids, confirmando a relação entre menos anos de escolaridade, com menor acesso a informação e menor qualificação profissional, diminuição da renda com menor acesso a bens de consumo e menor qualidade de vida. Quanto à baixa renda, os resultados identificaram 75,4% recebendo de 1 a 5 salários mínimos, sendo semelhante aos dados encontrados pelo IBGE (2012), onde 40,8% dos idosos no Brasil recebem até um salário e, de 1 até 2 salários mínimos 23,5%. De acordo com Okuno et al. (2014), a baixa renda influencia a qualidade de vida negativamente comprometendo o estado geral de saúde; cerca de 64,1% dos participantes dessa amostra são aposentados, com poucos recursos e menor acesso a melhores condições sociais e de saúde e, portanto, mais vulneráveis.

Os resultados do Inventário Beck de depressão permitiram verificar que o grau de depressão mínima foi de 59,0%, o grau de depressão leve foi de 15,4% e, moderada e grave, juntas, somaram 25,7%, indicando a necessidade de tratamento para estes indivíduos. Fatores como sexo feminino, depressão auto-referida durante a entrevista, maior alteração cognitiva no mini exame do estado mental e insatisfação no domínio psicológico do WHOQOL, elevaram os graus de depressão. As mulheres

que disseram sentir-se deprimidas, neste estudo, têm resultados piores no domínio psicológico, onde estão incluídos: sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal, aparência e sentimentos negativos, bem como pior percepção do mundo, porque apresentam alterações cognitivas e conseqüentemente depressão. O sujeito deprimido tem pior percepção nas relações sociais. De acordo com estudo sobre o perfil sócio demográfico e clínico de idosos com depressão de Gregoleti, Scortegagna (2015) com 245 idosos do sexo masculino (48,61%) e, 259 do sexo feminino (51,38%) com depressão, verificou-se que 72,23% eram mulheres, com idades entre 69, 70 anos e, 78% casadas. Em nossa amostra, embora menor, também apresentou mais mulheres, no entanto mais jovens 65,35 anos, e em maioria viúvas (33,3%). Estes autores consideram que fatores associados a vulnerabilidades de gênero, biológicos, hormonais, episódios estressantes, aspectos sociais e afetivos, além da falta de apoio familiar, diminuição da renda com a aposentadoria e, aspectos da personalidade, podem ser fatores para a depressão se instalar. De acordo com o levantamento de Frade et al (2015) estudos epidemiológicos mostram taxas de depressão de 2% a 14% em idosos que vivem em comunidades, no entanto a prevalência aumenta em indivíduos portadores de doenças crônicas que são usuários de serviços de saúde, como em nosso estudo.

Por isso é importante realizar levantamentos junto aos usuários de serviços de saúde para detectar a depressão que interfere no comportamento e no auto-cuidado, principalmente diante de doenças crônicas como o HIV/Aids.

Os resultados aqui encontrados com relação ao gênero feminino, corroboram os achados de Fráguas Jr. et al. (1997), Abdo (2007), Munhoz (2012) e Ferreira e Tavares (2013), de que a depressão atinge mais mulheres que homens. Para Moosa e Jeenah (2007) a depressão é duas vezes mais comum em mulheres (20%) do que em homens (10%).

No estudo de Pimenta et al. (2013) num asilo para idosos sem HIV, em Viçosa, Minas Gerais, 10 idosos, cinco mulheres e cinco homens, com

idades entre 62 a 84 anos, foram submetidos ao inventário Beck de depressão, 30% das mulheres apresentaram depressão moderada, 20% com grau mínimo de depressão, e nenhuma delas com depressão grave e leve foram encontrados. Em nosso estudo, o resultado para depressão moderada e grave somaram 25,7%, corroborando com dados da pesquisa citada anteriormente. (Forlenza, 1997; Blazer, 2003). As escalas de rastreio trouxeram informações relevantes em relação aos aspectos cognitivos. O Mini exame do estado mental aplicado nesse estudo, apresentou resultados por meio da correlação dos pacientes com maiores graus de depressão no BDI, e de insatisfação no domínio Relações sociais do WHOQOL e, dos pacientes com alterações cognitivas. Encontramos que 38,5% apresentaram alterações cognitivas, apontando a necessidade de tratar estes indivíduos e compreender suas atitudes diante das dificuldades nos relacionamentos interpessoais, autocuidado, adesão ao tratamento, apoio social e relações sexuais. Essas alterações mudam o comportamento do indivíduo e parecem associadas às características da depressão ou da ação do vírus HIV-1 no SNC, como o retardo psicomotor, apatia, anedonia - perda da capacidade de sentir alegria, de sentir prazer, retraimento e isolamento social levando o sujeito a desinteressar-se pelo ambiente.

No estudo de Zortea et al. (2015) sobre avaliação cognitiva de pessoas idosas em atendimento ambulatorial, verificou-se nessa amostra com 107 idosos, que a prevalência foi próxima do nosso estudo, com 45 (42,1%) de déficit cognitivo de acordo com o Mini mental, e 62 (57,9%) apresentaram resultado normal. Em nosso estudo, 15 (38,5%) tiveram alteração cognitiva e 24 (61,5%) sem alteração cognitiva.

Para melhor avaliar alteração cognitiva em portadores de HIV, foi também aplicada a escala IDHS, específica para rastreio cognitivo em indivíduos infectados com HIV/Aids, que apresentou como resultado 48,7% dos pacientes participantes com alteração cognitiva, ou seja, quase metade da amostra, e apresentou correlação com a baixa pontuação na escala CEAT-VIH, de adesão e o sexo feminino, ao contrário do MEEM, que

apresentou correlação com a depressão os resultados. Significando que as mulheres que apresentam alteração cognitiva, possivelmente, aderem menos ao tratamento. Sacktor et al. (2005), avaliou a sensibilidade da escala IDHS e sua especificidade, utilizando dois grupos distintos, um nos EUA com 61 participantes, outro em Uganda com 81 participantes, para a detecção de uma importante complicação neurológica em portadores de HIV - a demência subcortical. Quando não diagnosticada, a demência subcortical eleva os riscos de mortalidade e pode afetar a aderência ao tratamento, portanto o IDHS torna-se um instrumento valioso para o rastreio, principalmente nos países industrializados e em desenvolvimento, além de avaliar a necessidade do portador de HIV em iniciar o uso dos antirretrovirais, quando esses ainda não iniciaram seu uso, trazendo inúmeros benefícios. É sensível para avaliar demência subcortical, ao contrário do MEEM, que foi projetado para avaliar demência cortical, o Alzheimer.

De acordo com o estudo de Rodrigues et al. (2013) sobre validade da escala IDHS para demência subcortical no Brasil, os transtornos neurocognitivos associados ao HIV são frequentes, mesmo na era de grande tratamento com antirretrovirais.

Numa amostra com 187 pacientes, 98 pessoas foram diagnosticadas com alterações cognitivas (68 em uso de TARV, e 30 sem uso de TARV), em comparação com nosso estudo, 19 (48,7%) apresentaram alterações cognitivas, e 20 (51,3%), sem alterações. O sujeito que apresenta alteração cognitiva tem maior risco de não aderir ao tratamento e diminuição no autocuidado, apresentando déficits nos processos mentais como memória, aprendizado, atenção, rapidez no processamento de informações, capacidade de resolução de problemas e sintomas sensoriais e motores. Dessa forma, não conseguem seguir a prescrição médica e, não se lembram dos horários das consultas e do uso dos medicamentos.

Em nosso estudo foi observado que os idosos apresentaram déficits cognitivos mesmo com o uso dos antirretrovirais regularmente e, com a

carga viral indetectável em 87,1% dos participantes, demonstrando a importância do uso do IDHS na detecção das alterações cognitivas em portadores de HIV.

O nível baixo de escolaridade encontrado entre os idosos, mas não correlacionado neste estudo, também é um fator relevante que possivelmente pode interferir na adesão ao tratamento, levando diretamente a diminuição da compreensão da consciência sanitária, da capacidade de entendimento do tratamento e do autocuidado e, na compreensão da cadeia de transmissão do HIV, tornando-os mais vulneráveis (Gomes, Silva, 2008; Andrade, Silva, Santos, 2010; Cerqueira, 2011; Okuno, 2014; Affeldt, Silveira, Barcelos, 2015).

Em relação a qualidade de vida observou-se que os pacientes com HIV apresentaram escores comprometidos principalmente nos domínios psicológico e das relações sociais. No entanto, quanto ao domínio físico, só 5,1% estão satisfeitos, com alto índice de resposta dos nem satisfeitos, nem insatisfeitos, cerca de 71,8%, demonstrando dificuldades com a capacidade física para o trabalho e atividades diárias, tratamento médico, dor, locomoção e sono. O que pode estar diretamente ligado ao fato de ser portador do HIV/Aids.

No domínio psicológico, as pacientes apresentaram 48,7% nem satisfeitas, nem insatisfeitas e, somente 25,6% satisfeitas, demonstrando dificuldades na auto-estima, aparência. Na análise dos dados verificou-se que os fatores que influenciaram esse domínio foram o sexo feminino, com grau moderado e grave de depressão no BDI, levando a pior percepção do estado psicológico que aborda questões fundamentais relativas a autopercepção, sentimentos positivos e negativos, autoestima, imagem corporal, aparência e concentração. Isto parece diretamente relacionado ao fato de ser portador de uma doença estigmatizante, bem como de sintomas depressivos causados ou não pelo HIV/Aids. As mulheres apresentam maior probabilidade de desenvolverem quadro depressivo ao longo da vida em relação aos homens. Esses fatores também foram corroborados por

outros autores como Sobre-Casas (1997), Del Porto (1999), demonstrando serem mais vulneráveis, e conseqüentemente com mais probabilidade de contraírem HIV/Aids, pois o autocuidado pode ficar comprometido.

De acordo com estudo de Alberte, Ruscalleda e Guariento (2015) sobre qualidade de vida e variáveis associadas ao envelhecimento, os escores do WHOQOL brief tiveram piores condições de qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e ambiental. No domínio psicológico, apresentaram depressão auto referida, associando-se a sentimentos negativos com baixa auto-estima. No estudo referido, porém, o sexo masculino associou-se a pior qualidade de vida, não corroborando com nosso estudo. No entanto, esses autores referem que as mulheres estão mais expostas as dificuldades no âmbito físico e mental. De acordo com Okuno et al (2014), viver com HIV/AIDS é condição estressante que muito exige do doente do ponto de vista psicológico, físico, ambiental, social, entre outros. Podem viver eventos traumáticos de vida, que causam impacto negativo, e ajudam na progressão da doença.

De acordo com estudo de Oliveira et al. (2015) sobre qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/Aids, em uma amostra com 146 indivíduos, sendo 63,7% do sexo masculino e 36,3% do sexo feminino, com expressivo número de idosos com mais de 60 anos (6,2%), onde foi aplicado o WHOQOL, obtiveram resultados diferentes, pois as dimensões com melhor avaliação foram nos domínios: psicológico (67,9%) e das relações sociais com 65,0%. Em nosso estudo obtivemos 48,7% nem satisfeitos, nem insatisfeitos.

O domínio das relações sociais abrange as relações pessoais, suporte (apoio) social e atividade sexual. Após correlação de Spearman, foi observado que os pacientes que apresentaram maior escore de alteração cognitiva apresentaram mais insatisfação ou não estavam satisfeitos nem insatisfeitos com suas relações pessoais, apoio social e atividade sexual.

As alterações cognitivas interferem nessas variáveis significativamente, pois mudam a percepção do ambiente, a memória, atenção, letargia e apatia (Treisman et al., 1998).

Os idosos com HIV/Aids são geralmente ignorados e isolados socialmente, ou se isolam com medo de serem descobertos e discriminados o que diminui a qualidade de vida, de acordo com Gomes e Silva (2008).

Okuno et al. (2014) revelou em seu estudo que o impacto da infecção pelo HIV gera mudanças em muitos aspectos da vida dos indivíduos, nas relações sociais, relações pessoais, afetivas, principalmente nos idosos que vivem com uma doença crônica e estigmatizada, exigindo suporte social, familiar e profissional durante seu enfrentamento.

Por fim, estudo procurou contribuir com a importância da medida para frequência de depressão em portadores de HIV/Aids com sessenta anos ou mais de idade e, para rastrear aspectos neurocognitivos do envelhecimento humano visando a melhor qualidade de vida e adesão à terapia antirretroviral. É uma alerta aos profissionais de saúde e às gerências de políticas públicas, que mirem esforços à esta população marginalizada e menos visível socialmente que cresce a cada dia.

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO EXPERIMENTAL

A amostra maior poderia permitir resultados mais expressivos.

Um aspecto que dificulta os estudos sobre depressão, principalmente em idosos, são as características multifatoriais e heterogêneas do envelhecimento impedindo sua sistematização, bem como seus aspectos cognitivos.

A escolha dos instrumentos deveria buscar mais objetividade na aplicação para os idosos com menor escolaridade evitando perguntas e respostas complexas e longas. Os testes de rastreio cognitivo poderiam ser complementados com uma bateria neuropsicológica completa.

8 CONCLUSÃO

1 - Mais de um quarto dos pacientes participantes deste estudo apresentaram escores moderados ou graves no teste de rastreio para depressão.

2 – A depressão influenciou negativamente na qualidade de vida, particularmente, no domínio psicológico.

3 – O gênero feminino e alteração no Mini exame do estado mental, sugerindo declínio cognitivo, se correlacionaram com a presença de depressão.

4 – A baixa adesão não apresentou correlação com a depressão, porém, com a alteração no IHDS. Apontando provável relação entre declínio cognitivo relacionado ao HIV-1 e baixa adesão.

O rastreio da depressão e alterações cognitivas em pacientes idosos vivendo com HIV/Aids, particularmente do gênero feminino, podem contribuir para a melhora na qualidade de vida e adesão aos tratamentos antirretrovirais, respectivamente.

REFERÊNCIAS

Abdo CHN. Da depressão à disfunção sexual (e vice-versa). São Paulo: Vizoo; 2007.

Adão VM, Caraciolo JMM. Fatores que influenciam a adesão aos antiretrovirais. In: Caraciolo JMM, Shimma E, coordenadores. Adesão da teoria à prática: experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo. São Paulo: CRT DST/AIDS-SP; 2007. p. 28-41.

Affeldt AB, Silveira MF, Barcelos RS. Perfil das pessoas idosas vivendo com HIV/Aids em Pelotas, Sul do Brasil, 1998 a 2013. Epidemiol Serv Saúde. jan-mar 2015;24(1):79-86.

Alba V. Historia social de la vejez. Barcelona: Laertes; 1992.

Alberte JSP, Rusalleda RMI, Guariento ME. Qualidade de vida e variáveis associadas ao envelhecimento patológico. Rev Soc Bras Clin Med. jan-mar 2015;13(1);32-9.

Almeida FJ, Berezin EN, Rodrigues R, Sáfyadi MA, Arnoni MV, Oliveira C, et al. Diversity and prevalence of antiretroviral genotypic resistance mutations among HIV-1-infected children. J Pediatr (Rio J). 2009 Mar-Apr;85(2):104-9.

American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-4. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 1995.

American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.

Andrade HAS, Silva SK, Santos MIPO. Aids em idosos: vivências dos doentes. Esc Anna Nery. 2010;14(4):712-9.

Arantes DV. Depressão na atenção primária á saúde. Rev Bras Med Fam e Com. jan-mar 2007;2(8):261-70.

Bahls SC. Uma visão geral sobre a doença depressiva. *Interação Psicol* [online]. 2000 [citado 10 out 2015];4:[7p]. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/psicologia/article/view/3325/2669>.

Bastos FI. Aids na terceira década. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. (Coleção Temas de Saúde). [Resenha de: Cruz MM. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(8):1976-7].

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961 Jun;4(6):561-71.

Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. (1994). Mini-exame do estado mental em uma população geral: Impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994;52(1):1-7.

Bertoncini BZ, Moraes KS, Kulkamp IC. Comportamento sexual em adultos maiores de 50 anos infectados pelo HIV. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 2007;19(2):75-79.

Blazer D. *Depressão em idosos*. 3a ed. São Paulo: Andrei; 2003.

Bodley-Tickell AT, Olowokure B, Bhaduri S, White DJ, Ward D, Ross JDC, et al. Trends in sexually transmitted infections (other than HIV) in older people: analysis of data from an enhanced surveillance system. *Sex Transm Infect*. 2008, 84(4): 312-7.

Boletim Epidemiológico AIDS-DST. 2008;5(1).

Boletim Epidemiológico AIDS-DST. 2010;7(1).

Botega NJ, organizador. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e AIDS. Brasília; 2007.

Cahn P, Belloso WH, Murillo J, Prada-Trujillo G. AIDS in Latin America. *Infect Dis Clin North Am*. 2000 Mar;14(1):185-209.

Campos NR, Campos JAO, Sanches M. A evolução histórica dos conceitos de transtorno de humor e transtorno de personalidade: problemas no diagnóstico diferencial. *Rev Psiq Clín*. 2010;37(4):162-6.

Canale A, Furlan MMDP. Depressão. *Arq Mudi*. 2006;10(2):23-31.

Cardoso SW, Torres TS, Santini-Oliveira M, Marins LM, Veloso VG, Grinsztejn B. Aging with HIV: a practical review. *Braz J Infected Dis*. 2013 Jul-Aug;17(4):464-79.

- Carvalho CML, Braga VAB, Galvão MTG. Aids e saúde mental: revisão bibliográfica. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2004;16(4):50-5.
- Casseb J, editor. HIV/AIDS. São Paulo: Atheneu, 2010. (Série da Pesquisa à Prática Clínica).
- Celedônio LP, Andrade LS. AIDS na terceira idade: sentimentos, percepções e perspectivas de mulheres vivendo com HIV/AIDS. Serv Soc Saúde. 2014;13(1):47-60.
- Centers for Disease Control and Prevention. HIV/AIDS among persons aged 50 and older. CDC HIV/AIDS Facts [online]. Feb 2008 [cited 2011 Nov 5]. Available from: http://www.cdc.gov/hiv/pdf/library_factsheet_HIV_among_PersonsAged50andOlder.pdf.
- Cerqueira MBR. Idosos e HIV/aids: algumas considerações sobre a epidemia no Estado de Minas Gerais e Brasil. Rev Unimontes Cient. 2011;13(1/2):37-48.
- Christo PP, Paula G. Aspectos neuropsiquiátricos e neuropsicológicos da infecção pelo HIV e da AIDS. In: Fuentes D, Malloy-Diniz LF, Camargo CHP, Cosenza RM. Neuropsicologia: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed; 2008.
- Christo PP. Alterações cognitivas da infecção pelo HIV e AIDS. Rev Assoc Med Bras. 2010;56(2):242-7.
- Cole J, McGuffin P, Farmer AE. The classification of depression: are we still confused? Br J Psychiatry. 2008 Feb;192(2):83-5.
- Cunha J. Manual da versão em português das escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
- De Cock KM, Jaffe HW, Curran JW. Reflections on 30 years of AIDS. Emerg Infect Dis [online]. Jun 2011 [cited 2015 May 6];17(6):[11 pages]. Available from: <http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/17/6/pdfs/10-0184.pdf>.
- Del Porto JA. Conceito e diagnóstico. Rev Bras Psiquiatr. 1999;21(S1):6-11.
- Delgado AB, Lima ML. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. Psicol Saúde Doenças. 2001;2(2):81-100.
- Falcão DVS, Carvalho IS. Idosos e saúde mental: demandas e desafios. In: Falcão DVS, Araújo LF, organizadoras. Idosos e saúde mental. Campinas: Papyrus; 2010. Cap. 1, p. 11-31. (Coleção Vivacidade).
- Falci DR, Aldabe CA. História natural da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). In: Pasqualotto AC, Schwarzbold, AV. Doenças infecciosas: consulta rápida. Porto Alegre: Artmed, 2006. Cap. 40.

Fernandez-Ballesteros R. Evaluación e intervención psicológica en la vejez. Barcelona: Martinez Roca; 1992.

Ferreira PCS, Tavares DMS. Características sociodemográficas e hábitos de vida de idosos com e sem indicativo de depressão. Rev Eletr Enferm. 2013;15(1):197-204.

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev Saúde Pública. 2000 Apr; 34(2):178-83.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975 Nov;12(3):189-98.

Forlenza OV. Fatores de risco associados à morbidade psiquiátrica do idoso. In: Forlenza OV, Almeida OP, editores. Depressão e demência no idoso: tratamento psicológico e farmacológico. São Paulo Lemos Editorial, 1997. p. 25-46.

Fráguas Jr. R, Alves TCTF. Depressão no hospital geral: estudo de 136 casos. Rev Assoc Med Bras. 2002;48(3):225-30.

Fráguas Jr. R, Meleiro AMAS, Marchetti RL, Henriques Jr. SG. Psiquiatria e psicologia no hospital geral: integrando especialidades. São Paulo: Lemos, 1997.

Galvão MTG, Soares LL, Pedrosa SC, Fiuza MLT, Lemos LA. Qualidade de vida e adesão à medicação antirretroviral em pessoas com HIV. Actual Paul Enferm. 2015;28(1):48-53.

Grangeiro A, Escuder MM, Cassanote AJF, Souza RA, Kalichman AO, Veloso VG, et al. The HIV Brazil Cohort Study: design, methods and participant characteristics. PLoS One [online]. 2014 May [cited 2016 May 2];9(5):e95673. Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article/asset?id=10.1371%2Fjournal.pone.0095673.PDF>.

Gibbie T, Mijch A, Ellen S, Hoy J, Hutchison C, Wright E, et al. Depression and neurocognitive performance in individuals with HIV/AIDS: 2-year follow-up. HIV Med. 2006 Mar;7(2):112-21.

Goldfarb DC. Corpo tempo e envelhecimento. São Paulo: Casa do psicólogo, 1998.

Gomes SF, Silva CM. Perfil dos idosos infectados pelo HIV/aids: uma revisão. Vittal. 2008;20(1):107-22.

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

Gott CM. Sexual activity and risk-taking in later life. *Health Soc Care Community*. 2001 Mar;9(2):72-8.

Gregoleti V, Scortegagna SA. Perfil sócio-demográfico e clínico da população de idosos com transtorno depressivo. *Estud Interdiscipl Envelhec*. 2015;20(1):271-83.

Hallal R, Ravasi G, Kuchenbecker R, Greco D, Simão M. O acesso universal ao tratamento antirretroviral no Brasil. *Rev Tempus Actas Saúde Coletiva* [online]. 2010 [citado 5 jul 2015];4(2):53-65. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/791/778>.

Hooshyar D, Goulet J, Chwastiak L, Crystal S, Gibert C, Mattocks K, et al. Time to depression treatment in primary care among HIV-infected and uninfected veterans. *J Gen Intern Med*. 2010 Jul;25(7):656-62.

IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira, 2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2009. (Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Sócioeconômica, n. 26).

IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa nacional de saúde 2013: ciclos de vida: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – 2012 [Internet]. 2012 [citado 5 abr 2013]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2012/default.shtm>.

Jaffe HW, Bregman DJ, Selik RM. Acquired immune deficiency syndrome in United States: the first 1,000 cases. *J Infect Dis*. 1983 Aug;148(2):339-45.

Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de psiquiatria: ciências comportamentais, psiquiatria clínica*. Tradução de Dayse Batista. 6.ed. Porto Alegre: Artes Medicas, 1994. (Serie Biomedica).

Krassoievitch M. *Psicoterapia geriátrica*. México. Ed Fondo de Cultura Econômica; 1993. (Psicología, Psiquiatria y Psicoanálisis).

Lafer B. Transtornos do humor. In: Almeida OP; Dratcu L; Laranjeira R. (Org.). *Manual de psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996, Cap. 8, p. 113-26.

Laurentino NRS, Barboza D, Chaves G, Besutti J, Bervian SA, Portella MR. Namoro na terceira idade e o processo de ser saudável na velhice: recorte

ilustrativo de um grupo de mulheres. Rev Bras Ciênc Envelhecimento Hum. 2006;3(1):51-63.

Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969;9:179-86.

Leigh BC, Temple MT, Trocki KF. The sexual behavior of US adults: results from a national survey. Am J Public Health. 1993 Oct;83(10):1400-8.

Leserman J. Role of depression, stress, and trauma in HIV disease progression. Psychosom Med. 2008 Jun;70(5):539-45.

Levy JA. HIV pathogenesis: 25 years of progress and persistent challenges. AIDS. 2009 Jan 14;23(2):147-60.

Lima ALLM, Kiffer CRV, Uip DE, Oliveira MS, Leite OHM. HIV/AIDS: perguntas e respostas. São Paulo: Atheneu; 1996.

Malbergier A, Schöffel A. Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV. Rev Bras Psiquiatr. 2001;23(3):160-7.

Malbergier A. Aids e psiquiatria: um guia para os profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.

Malbergier A. AIDS e saúde mental. J Bras Aids. nov-dez 2006;7(6):281-7.

Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciênc Saúde Coletiva. 2000;5(1):7-18.

Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposicao ou complementaridade? Cad. Saúde Pública. jul.-set. 1993;9(3):239-48.

Monteiro KCC, Lage AMV. Depressão: uma 'psicopatologia' classificada nos manuais de psiquiatria. Psicol Cienc Prof. [online]. 2007 [citado 13 set 2015];27(1):106-19. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v27n1/v27n1a09.pdf>.

Moosa MYH, Jeenah FY. Treating depression in HIV/AIDS. S Afr J Psychiatr. 2007 Aug;13(3):86-8.

Munhoz TN. Prevalência e fatores associados à depressão em adultos: estudo de base populacional [dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2012.

Mûnene E, Ekman B. Does duration on antiretroviral therapy determine health-related quality of life in people living with HIV? A cross-sectional study in a regional referral hospital in Kenya. Glob Health Action. 2014 Apr 7;7:23554.

Okuno MFP, Gomes AC, Meazzini L, Scherrer Jr. G, Belasco Jr. D, Belasco AGS. Qualidade de vida de pacientes idosos vivendo com HIV/Aids. Cad. Saúde Pública. 2014;30(7):1551-9.

Oliveira FBM, Moura MEB, Silva FS, Oliveira BM, Pessoa RMC. Qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/Aids: protocolo de cuidado para a prática de enfermagem. Rev Prev Infec Saúde. 2015;1(2):9-20.

ONU Brasil. A ONU e as pessoas idosas [internet]. [citado 30 nov 2011]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/>.

Paradela EMP. Depressão em idosos. Rev Hosp Univ Pedro Ernesto UERJ. 2011;10(2):31-40.

Parker G. Classifying depression: should paradigms lost be regained? Am J Psychiatry. 2000 Aug;157(8):1195-203.

Pasqualotto AC, Schwarzbald, AV. Doenças infecciosas: consulta rápida. Porto Alegre: Artmed, 2006.

Perez BFA, Gasparini SM. A vivência do idoso no processo de envelhecer e o HIV/Aids: uma reconstrução dupla em suas possibilidades e limites. J Bras Aids. maio-jun 2005;6(3):106-109.

Péruchon M, Thomé Renault A. Vejez y pulsión de muerte. Buenos Aires: Amorrortú, 1992.

Petito CK, Cho ES, Lemann W, Navia BA, Price RW. Neuropathology of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS): an autopsy review. J Neuropathol Exp Neurol. 1986 Nov;45(6):635-46.

Pimenta VAR, Barbosa CO, Gonçalves C, Cardoso GS, Brumano G, Brandi MT. Ansiedade, depressão e qualidade de vida em idosos. Anais do V Simpoc. 2013;5(1):183-6. (Apresentado no 5o Simpósio de Produção Acadêmica (V Simpoc); 23 out 2013; Viçosa).

Poletto MP, Heck C, Calsa DC, Moskovics JM. Pensamentos automáticos e crenças centrais associados ao HIV/AIDS em indivíduos soropositivos. Temas Psicol [online]. 2015 [citado 3 maio 2016];23(2):243-53. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v23n2/v23n2a01.pdf>.

Pollock HM. Development of statistics of mental disease in the United States during the past century. Am J Psychiatr. 1945 Jul;102(1):1-17.

Pontes ACF. Ensino da correlação de postos no ensino médio. In: 19º Sinape - Simpósio Nacional de Probabilidade e Estatística; 26-30 jul 2010; São Pedro. Anais eletrônicos [internet]. São Pedro: ABE; 2010 [citado 8 jun 2016]. Disponível em: <http://www.ime.unicamp.br/sinape/sites/default/files/EnsinoCorrelacaoDePostos.pdf>.

- Pratt G, Gascoyne K, Cunningham K, Tunbridge A. Human immunodeficiency virus (HIV) in older people. *Age Ageing*. 2010 May;39(3):289-94.
- Ranga U, Shankarappa R, Siddappa NB, Ramakrishna L, Nagendran R, Mahalingam M, et al. Tat protein of human immunodeficiency virus type 1 subtype C strains is a defective chemokine. *J Virol*. 2004 Mar;78(5):2586-90.
- Reis AC, Lencastre L, Guerra MP, Remor E. Adaptação portuguesa do questionário para a avaliação da adesão ao tratamento anti-retrovírico - VIH (CEAT-VIH). *Psicol Saúde Doenças*. 2009;10(2):175-91.
- Roger KS, Mignone J, Kirkland S. Social aspects of HIV/AIDS and Aging: A Thematic Review. *Canadian journal on Aging/ La Revue canadienne du Vieillessement*: Page 1 of 9 (2013) doi: 10.1017/so74980813000330.
- Reis RK, Haas VJ, Santos CB, Teles SA, Galvão MT, Gir E. Symptoms of depression and quality of life of people living with HIV/AIDS. *Rev Latinoam Enferm*. 2011 Jul-Aug;19(4):874-81.
- Remor E, Milner-Moskovics J, Preussler G. Adatação Brasileira do "Cuestionário para la Evaluación da la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral". *Rev Saúde Pública*. 2007;41(5):685-94.
- Remor E. Aspectos psicossociais na Era dos novos tratamentos da Aids. *Psicol Teor Pesq*. 2002b;18(3):283-7.
- Remor E. Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral em pacientes VIH+. *Psicothema*. 2002a;14(2):262-7.
- Remor, E. Manual del cuestionário para la evaluación de la adhesión al tratamiento (CEAT-VIH). Madrid: Facultad de Psicología/Universidad Autonôma de Madird; 2002c.
- Richman DD, Margolis DM, Delaney M, Greene WC, Hazuda D, Pomerantz RJ. The challenge of finding a cure for HIV infection. *Science*. 2009 Mar 6;323(5919):1304-7.
- Rodrigues RA, Oliveira RL, Grinsztejn B, Silva MT. Validity of the International HIV dementia scale in Brazil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2013 Jun;71(6):376-9.
- Roger KS, Mignone J, Kirkland S. Social aspects of HIV/AIDS and aging: a thematic review. *Can J Aging*. 2013 Sep;32(3):298-306.
- Russell CK, Bunting SM, Graney M, Hartig MT, Kisner P, Brown B. Factors that influence the medication decision making of persons with HIV/AIDS: a taxonomic exploration. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2003 Jul-Aug;14(4):46-60.

Sacktor N. The epidemiology of human immunodeficiency virus-associated neurological disease in the era of highly active antiretroviral therapy. *J Neurovirol.* 2002 Dec;8 (Suppl 2):115-21.

Sacktor NC, Wong M, Nakasujja N, Skolasky RL, Selnes OA, Musisi S, et al. The International HIV Dementia Scale: a new rapid screening test for HIV dementia. *AIDS.* 2005 Sep 2;19(13):1367-74.

Sadock BJ; Sadock VA. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica.* Tradução de Claudia Oliveira Dornelles et al. 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

Saldanha AAW, Araújo LF, Sousa VC. Envelhecer com Aids: representações, crenças e atitudes de idosos soropositivos para o HIV. *Interam J Psychol.* 2009;43(2):323-32.

Saldanha AAW, Araújo LF. A Aids na terceira idade na perspectiva dos idosos, cuidadores e profissionais de saúde. In: 7th HIV-AIDS Virtual Congress. O VIH/SIDA na criança e no idoso. 13 out-1 dez 2006. [S.l]: SIDAnet; 2007 [citado 15 jun 2009]. p. 179-88. Disponível em: <http://associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/consultoria/LIVRO%20VII%20CONGRESSO%20VIRTUAL%20HIV%20AIDS%20o%20hiv%20aids%20na%20crian%C3%A7a%20e%20no%20idoso.pdf>.

Salvarezza L. *Psicogeriatría: teoria e técnica.* Buenos Aires: Paidós; 1991.

Sambamoorthi U, Walkup J, Olfson M, Crystal S. Antidepressant treatment and health services utilization among HIV-infected medicaid patients diagnosed with depression. *J Gen Intern Med.* 2000 May;15(5):311-20.

Santos DF. *Vivendo com HIV/Aids: cuidado, tratamento e adesão na experiência do grupo Com Vida [dissertação].* Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2001.

Santos NJS, Tayra A, Silva SR, Buchalla CM, Laurenti R. A Aids no estado de São Paulo: as mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. *Rev Bras Epidemiol.* 2002;5(3):286-310.

Santos RL, Virtuoso Jr. JS. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária. *Rev Bras Prom Saúde.* 2008;21(4):290-6.

Sass BC, Hamdan AC. Alterações cognitivas na depressão tardia: uma revisão sistemática da literatura. *Cad Esc Educ Hum.* 2014;1(9):51-65.

Schmitt JHL, Silva RM. Prevalência de sintomas depressivos em pacientes portadores do HIV/Aids em um hospital de referência na cidade de Florianópolis-SC. *ACM Arq Catarin Med.* abr-jul 2009;38(2):90-7.

Silva LAN, Oliveira AAV. Idosos, Sexualidade e Doenças Sexualmente transmissíveis: Revisão Integrativa da literatura. Revista de Divulgação Científica Sena Aires 2013, Julho-Dezembro (2):197-206.

Sobre-Casas LF. Lo clásico en la depresión. In: Jornada "La Depresión y el Reverso de la Psiquiatría", 24 jul 1996, Buenos Aires. Buenos Aires: Paidós; 1997. p. 33-40. (Nueva Biblioteca Psicoanalítica, 5).

Sonenreich C, Estevão G, Friedrich S, Silva Filho LMA. A evolução histórica do conceito de depressão. Rev ABP-APAL. jan-mar 1995;17(1):29-40.

Sousa ACA, Suassuna DSB, Costa SML. Perfil clínico-epidemiológico de idosos com aids. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2009;21(1): 22-6.

Starace F, Ammassari A, Trotta MP, Murri R, De Longis P, Izzo C, et al. Depression is a risk factor for suboptimal adherence to highly active antiretroviral therapy. J Acquir Immune Defic Syndr. 2002 Dec 15;31(Suppl 3):S136-9.

Stoppe Jr. A, Louzã Neto MR. Depressão na terceira idade. São Paulo: Lemos; 1996.

Teixeira MAR. Melancolia e depressão: um resgate histórico e conceitual na psicanálise e na psiquiatria. Rev Psicol UNESP. 2005;4(1):41-56.

Teng CT, Humes EC, Demétrio FN. Depressão e comorbidades clínicas. Rev Psiq Clin. 2005;32(3);149-59.

Thomas CV, Castro EK. Personalidade, comportamentos de saúde e adesão ao tratamento a partir do modelo dos cinco grandes fatores: uma revisão de literatura. Psicol Saúde Doenças. 2012;13(1):100-9.

Treisman G, Fishman M, Schwartz J, Hutton H, Lyketsos C. Mood disorders in HIV infection. *Depress Anxiety*. 1998;7(4):178-87.

Tuldrà A, Wu AW. Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2002 Dec 15;31(Suppl 3):S154-7.

Ventura T. Depressão e comorbidade: um caso clínico. *Rev Port Clin Geral*. 2011; 27(1):36-42.

von Ammon Cavanaugh S. Depression in the medically ill. Critical issues in diagnostic assessment. *Psychosomatics*. 1995 Jan-Feb;36(1):48-59.

World Health organization. mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings [internet]. Geneva: WHO; 2010 [cited 2016 May 24]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44406/1/9789241548069_eng.pdf

Zortea B, Gautério-Abreu DP, Santos SSC, Silva BT, Ilha S, Cruz VD.
Avaliação cognitiva de pessoas idosas em atendimento ambulatorial. Rev
Rene. 2015;16(1):123-31.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE
INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS

Termo de consentimento livre e esclarecido para participação em pesquisa acadêmica (de acordo com resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, Brasília – DF).

Você será convidado a participar de uma pesquisa intitulada: Conseqüências da depressão na qualidade de vida e adesão ao tratamento em idosos portadores de HIV. Sua participação é completamente voluntária e você é livre para recusar caso não se sinta á vontade. Não haverá despesa nem pagamento por isso. Este estudo poderá beneficiar os futuros pacientes portadores de HIV/ Aids e depressão, melhorando a qualidade de vida e adesão ao tratamento. Optando em participar, haverá a aplicação de quatro questionários com perguntas sobre local onde mora, com quem mora, bairro, renda familiar, sobre sintomas depressivos, como : tristeza, por exemplo, outro sobre qualidade de vida e adesão ao tratamento - se tem dificuldade em tomar remédio, quando, como. Haverá um único encontro , após consulta médica, em sala localizada no ambulatório do Instituto de Infectologia Emílio Ribas, com duração variável , (de 1 hora e meia). As informações obtidas são sigilosas e seu nome não será revelado, nem mesmo sua imagem. O dia e horário para realização da aplicação dos questionários serão agendados previamente. Se no decorrer da pesquisa você quiser desistir, ou deixar de responder qualquer questão, não será prejudicado no atendimento em qualquer serviço deste hospital. Qualquer dúvida em relação á ética da pesquisa, entrar em contato com o CEP- Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Infectologia Emílio Ribas, através do tel: 3896 1406. Você também poderá entrar em contato com a pesquisadora através do tel: 3896 1431 – setor de Reabilitação ou no tel: 3896 1351 na enfermaria no 8º andar.

Eu, _____ declaro que, após conveniente esclarecimento, compreendendo o que me foi explicado, consinto em participar da pesquisa, e recebi uma cópia do presente termo de consentimento. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Assinatura

Data

Mônica Americano Leite
Psicóloga CRP 42978

Data

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Instituto de Infectologia "Emílio Ribas"

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

I. Identificação

1. data de nascimento: ----- 2. Sexo : feminino () masculino ()
3. Estado civil atual: Solteiro() casado/vive junto() divorciado/separado()
viúvo() outro()
4. escolaridade/anos que estudou -----
5. Profissão/ocupação-----aposentado-----outros-----
6. Renda: menos de um salário mínimo () de 1 a 5 salários mínimos ()
de 5 a 10 salários mínimos () mais de 10 salários mínimos () não sei ()
7. condições de moradia: a. casa: própria() Alugada () cedida () invadida ()
individual () Coletiva () madeira () alvenaria ()
8. Quantos cômodos possui sua casa? -----9. quantas pessoas moram
na casa?-----

II. Clínica

- a. Sabe de seu diagnóstico? sim () não () **b.** Desde quando ?-----
- c. sabe a forma de transmissão ? sim () não () qual ? -----
- d. Acompanhamento? sim () não () Se não por que ?-----
- e. Toma remédios ? sim () não ()
- f. Tem dificuldade para tomá-los? Sim () não () se não, motivo?-----
- g. Internação anterior? Sim () não () quantas ? ----- onde? -----
- h. Sabe seu CD4? Sim () não ()
- i. Tem depressão ? sim () não ()
- j. Toma remédios? Sim () não () Quais?-----

ANEXOS

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO PARA INÍCIO DE PESQUISA



COORDENADORIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
INSTITUTO DE INFECTOLOGIA "EMILIO RIBAS"

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Av. Dr. Arnaldo, 165 - Cerqueira César - São Paulo - SP

CEP: 01246-900 – TEL: 3896-1406

E-mail: comitedeetica-ier@ig.com.br

PARECER

PROTOCOLO DE PESQUISA N.º 59/09

PARECER N.º 191/2012

Data : 30/5/2012

Título da Pesquisa: "Conseqüências da depressão na qualidade de vida e adesão ao tratamento em idosos portadores de HIV"

Investigador Principal: Mônica Americano Leite

CONSIDERAÇÕES: O Comitê de Ética em Pesquisa considera respondida a pendência do parecer anterior e Aprova o novo formulário de TCLE.

(X) APROVADO

() REPROVADO

() COM PENDÊNCIAS- OBS.: a ausência de resposta em 60 dias, acarretará em arquivamento do processo por falta de interesse do pesquisador.

TEMÁTICA ESPECIAL

SIM NÃO

CONEP

SIM NÃO

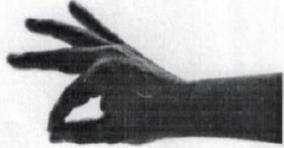
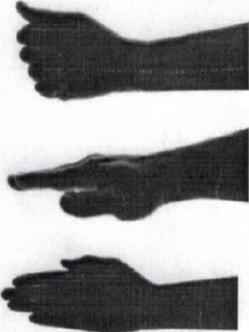
SVS (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA) SIM NÃO


Dra. Tâmara Newman Lobato Souza
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisas - I.I.E.R.
Substituta

ANEXO B – ESCALA INTERNACIONAL DE DEMÊNCIA (IDHS/SACKTOR)

International HIV Dementia Scale – IHDS / Sacktor.

Registro de memória: mencionar 4 palavras que o paciente deverá recordar (cão, chapéu, feijão, vermelho). Apresentar cada palavra em 1 segundo. Depois, peça para o paciente repetir as 4 palavras que você acabou de mencionar. Repita as palavras que o paciente não lembrou imediatamente. Explique ao paciente que você perguntará por essas palavras alguns minutos depois.

<p>I. Rapidez motora: solicite que o paciente bata os dois primeiros dedos da mão não dominante tão ampla e rapidamente quanto possível.</p>	<p>Pontuação: 4 = 15 em 5 segundos 3 = 11-14 em 5 segundos 2 = 7-10 em 5 segundos 1 = 3-6 em 5 segundos 0 = 0-2 em 5 segundos</p>	
<p>II. Rapidez psicomotora: o paciente deverá realizar os seguintes movimentos com a mão não dominante tão rápido quanto possível: 1) Apertar a mão em punho sobre uma superfície plana; 2) Colocar a mão sobre uma superfície plana com a palma para baixo; e 3) Colocar a mão perpendicularmente à superfície plana sobre o lado do quinto dedo. Demonstrar e solicitar que o paciente pratique duas vezes esses movimentos.</p>	<p>Pontuação: 4 = 4 sequências em 10 segundos 3 = 3 sequências em 10 segundos 2 = 2 sequências em 10 segundos 1 = 1 sequência em 10 segundos 0 = incapaz de realizar</p>	
<p>III. Memória: perguntar ao paciente pelas 4 palavras mencionadas no início desta parte da avaliação. Para as palavras não recordadas, mencionar uma clave semântica, por ex.: animal (cão), peça de roupa (chapéu), alimento (feijão), cor (vermelho).</p>	<p>Pontuação: 1 ponto para cada palavra lembrada espontaneamente. 0,5 ponto para cada palavra lembrada após a clave semântica. (Máximo = 4 pontos)</p>	

ANEXO C – INVENTÁRIO BECK DE DEPRESSÃO - BDI

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK - BDI

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje.

Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
 - 1 Eu me sinto triste.
 - 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
 - 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
 - 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
 - 2 Acho que nada tenho a esperar.
 - 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
3. 0 Não me sinto um fracasso.
 - 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
 - 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
 - 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
 - 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
 - 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
 - 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
 - 1 Eu me sinto culpado às vezes.
 - 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
 - 3 Eu me sinto sempre culpado.

6. 0 Não acho que esteja sendo punido.
 - 1 Acho que posso ser punido.
 - 2 Creio que vou ser punido.
 - 3 Acho que estou sendo punido.

7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
 - 1 Estou decepcionado comigo mesmo.

- 2 Estou enojado de mim.
3 Eu me odeio.
- 8.** 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
- 9.** 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
- 10.** 0 Não choro mais que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava.
2 Agora, choro o tempo todo.
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.
- 11.** 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
- 12.** 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
- 13.** 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Não consigo mais tomar decisões.
- 14.** 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
3 Considero-me feio.
- 15.** 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
- 16.** 0 Durmo tão bem quanto de hábito.
1 Não durmo tão bem quanto costumava.

- 2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
- 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.

- 17. 0** Não fico mais cansado que de hábito.
- 1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
 - 2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
 - 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

- 18. 0** Meu apetite não está pior do que de hábito.
- 1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
 - 2 Meu apetite está muito pior agora.
 - 3 Não tenho mais nenhum apetite.

- 19. 0** Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
- 1 Perdi mais de 2,5 Kg.
 - 2 Perdi mais de 5,0 Kg.
 - 3 Perdi mais de 7,5 Kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()

- 20. 0** Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.
- 1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
 - 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
 - 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

- 21. 0** Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.
- 1 Estou menos interessado por sexo que costumava.
 - 2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
 - 3 Perdi completamente o interesse por sexo.

ANEXO D – QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA - WHOQOL

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO E – QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA ADEÇÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL (CEAT-VIH)

CEAT-VIH versão em português [Brasil]

Durante a última semana

1. Deixou de tomar sua medicação alguma vez?
2. Se alguma vez sentiu-se melhor, deixou de tomar sua medicação?
3. Se alguma vez depois de tomar sua medicação sentiu-se pior, deixou de tomá-la?
4. Se alguma vez se sentiu triste ou deprimido, deixou de tomar sua medicação?

Sempre	Mais da metade das vezes	Aproximadamente a metade das vezes	Alguma vez	Nenhuma vez

5. Lembra-se que remédios está tomando nesse momento? _____ (escrever os nomes)

6. Como é a relação que mantém com o seu médico?

Ruim	Um pouco ruim	Regular	Pode melhorar	Boa
------	---------------	---------	---------------	-----

7. Quanto você se esforça para seguir com o tratamento?
8. Quanta informação você tem sobre os medicamentos que toma para o HIV?
9. Quanto benefício pode lhe trazer o uso destes medicamentos?
10. Considera que sua saúde melhorou desde que começou a tomar os medicamentos para o HIV?
11. Até que ponto sente-se capaz de seguir com o tratamento?

Nada	Pouco	Regular	Bastante	Muito

12. Normalmente está acostumado a tomar a medicação na hora certa?
13. Quando os resultados dos exames são bons, seu médico costuma utilizá-los para lhe dar ânimo e motivação para seguir com o tratamento?

Não, nunca	Sim, alguma vez	Sim, aproximadamente a metade das vezes	Sim, muitas vezes	Sim, sempre

14. Como sente-se em geral com o tratamento desde que começou a tomar seus remédios?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
--------------------	--------------	-------------	------------	------------------

15. Como avalia a intensidade dos efeitos colaterais relacionados com o uso dos medicamentos para o HIV?

Muito intensos	Intensos	Medianamente intensos	Pouco intensos	Nada intensos
----------------	----------	-----------------------	----------------	---------------

16. Quanto tempo acredita que perde ocupando-se em tomar seus remédios?

Muito tempo	Bastante tempo	Regular	Pouco tempo	Nada de tempo
-------------	----------------	---------	-------------	---------------

17. Que avaliação tem de si mesmo com relação a toma dos remédios para o HIV?

Nada cumpridor	Pouco cumpridor	Regular	Bastante	Muito cumpridor
----------------	-----------------	---------	----------	-----------------

18. Quanta dificuldade tem para tomar a medicação?

Muita dificuldade	Bastante dificuldade	Regular	Pouca dificuldade	Nenhuma dificuldade
-------------------	----------------------	---------	-------------------	---------------------

19. Desde que está em tratamento alguma vez deixou de tomar sua medicação um dia completo, ou mais de um? [Se responde afirmativamente, Quantos dias aproximadamente?] _____

20. Utiliza alguma estratégia para lembrar-se de tomar a medicação? Qual? _____

SIM	NÃO

ANEXO F – MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

(Folstein, Folstein & McHugh, 1.975)

Paciente: _____

Data da Avaliação: ____/____/____ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO

- Dia da semana (1 ponto)()
- Dia do mês (1 ponto)()
- Mês (1 ponto)()
- Ano (1 ponto)()
- Hora aproximada (1 ponto)()
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto)()
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto)()
- Bairro ou rua próxima (1 ponto)()
- Cidade (1 ponto)()
- Estado (1 ponto)()

MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta *vaso, carro, tijolo*()
Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100 - 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto)()
(alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

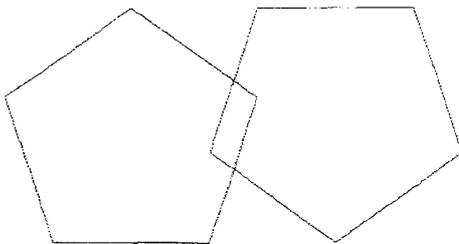
EVOCAÇÃO

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra)()

LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)()
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto)()
- Comando: "pegue este papel com a mão direita dobre ao meio e coloque no chão" (3 pts)()
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto)()
- Escrever uma frase (1 ponto)()
- Copiar um desenho (1 ponto)()

SCORE: (___/30)



ANEXO G – ESCALA INSTRUMENTAL PARA ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

D. ESCALA DAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

Em relação ao uso do telefone...

- recebe e faz ligações sem assistência
- necessita de assistência para realizar ligações telefônicas
- não tem o hábito ou é incapaz de usar

Em relação às viagens...

- realiza viagens sozinha
- somente viaja quando tem companhia
- não tem hábito ou é incapaz de viajar

Em relação às compras...

Compras

- realiza compras, quando é fornecido transporte
- somente faz compras quando tem companhia
- não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras

Em relação ao preparo de refeição...

Preparo de refeições...

- planeja e cozinha as refeições completas
- prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda
- não tem o hábito ou é incapaz de realizar o preparo de refeições

Em relação ao trabalho doméstico...

Trabalho doméstico

- realiza tarefas pesadas
- realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas
- não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos

Em relação ao uso de medicamentos...

Medicações

- faz uso de medicamentos sem assistência
- necessita de lembretes ou de assistência
- é incapaz de controlar sozinho o uso dos medicamentos

Em relação ao manuseio do dinheiro

Dinheiro

- preenche cheques e paga contas sem auxílio
- necessita de assistência para o uso de cheques ou contas
- não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro, contas...

Pontuação: _____