

SAÚDE MENTAL DE PACIENTES COM HIV EM UM SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO – SAE

Mental health of patients with HIV in a specialized care service - SCS

Arthur Pedroso Facchi¹
Murilo Martins dos Santos²
Claudete Rempel³
Manoela Badinelli Vaucher⁴

Artigo encaminhado: 08/03/2023
Artigo aceito para publicação: 11/11/2024

RESUMO

O objetivo do trabalho é avaliar a saúde mental de pacientes com HIV em um Serviço de Atendimento Especializado - SAE de um município do interior do Rio Grande do Sul. Método: Foram entrevistados 114 pacientes do SAE em consultas de rotina, coleta de CD4 e medicamentos, através de um questionário QIDS-SR16 adaptado. Resultados: Encontrou-se uma maior prevalência de depressão em pacientes HIV positivos, principalmente em mulheres. Conclusão: A prevalência da depressão em pacientes infectados com HIV/AIDS é alta e afeta a adesão ao tratamento do HIV. Assim, conclui-se que os pacientes do SAE precisam de uma ação conjunta para tratar tanto o HIV como a depressão, visto que caso uma esteja descontrolada pode afetar o tratamento da outra.

Palavras-chave: Depressão. Sida. Tratamento. Qids-Sr16. Saúde mental.

ABSTRACT

The objective of this work is to evaluate the mental health of HIV patients in a Specialized Care Service - SAE in a municipality in the interior of Rio Grande do Sul. Method: 114 SAE patients were interviewed in routine consultations, CD4 and medication collection, through an adapted QIDS-SR16 questionnaire. Results: A higher prevalence of depression was found in HIV positive patients, mainly in women. Conclusion: The prevalence of depression in patients infected with HIV/AIDS is high and affects adherence to HIV treatment. Thus, it is

¹ Médico. Formado pela Universidade do Vale do Taquari – Univates. E-mail: arthur.facchi@universo.univates.br

² Médico. Formado pela Universidade do Vale do Taquari – Univates. E-mail: murilo.santos1@universo.univates.br

³ Bióloga. Doutora em Ecologia. Docente do Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Desenvolvimento e do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Taquari – Univates. E-mail: crempel@univates.br

⁴ Médica Infectologista. Mestre em Medicina (Hepatologia). Docente do Curso de Medicina da Universidade do Vale do Taquari – Univates. E-mail: manoela.vaucher@univates.br

concluded that SAE patients need a joint action to treat both HIV and depression, since if one is uncontrolled it can affect the treatment of the other.

Key-words: Depression. Aids. Treatment, Qids-Sr16. mental health.

1 INTRODUÇÃO E REFERENCIAL TEÓRICO

A AIDS (*Acquired immunodeficiency Syndrome*, em inglês e SIDA: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, em português) é a doença resultante do não tratamento da infecção pelo vírus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*; em português: Vírus da Imunodeficiência Humana) e se caracteriza pelo ataque ao sistema imunológico humano, tornando o corpo mais suscetível a desenvolver doenças oportunistas, que podem ir de uma leve gripe até doenças fatais como hepatites virais e neoplasias (DANTAS *et al.*, 2015). O HIV foi primeiramente reconhecido por volta dos anos 80, e desde então se espalhou pelo mundo, tornando-se um dos maiores desafios à saúde pública brasileira e mundial. É estipulado, pela OMS, que mais de 33 milhões de pessoas estão com o vírus, e no ano de 2007 foi contabilizado 2,1 milhões de mortes em decorrência da síndrome (CHRISTO, 2010).

Desde a sua descoberta, vários tratamentos foram testados. Atualmente o tratamento disponível consiste na terapia antirretroviral (HAART), responsável pela depleção de linfócitos TCD4 +, baseada em inibidores de proteases entre os quais destaca-se a HIV-1 protease. Essa enzima é responsável pelo desenvolvimento do vírus, se constituindo num importante alvo farmacológico para o tratamento da AIDS (BARBOSA; SANTOS, 2021). Embora a ciência tenha avançado vertiginosamente no tratamento e consequentemente aumentando a expectativa de vida dos portadores de HIV, há ainda a questão da saúde mental destes pacientes, que pode ser afetada pela reação ao diagnóstico (culpa, medo, vergonha e raiva), pelo próprio HIV afetando o sistema nervoso central (SNC), pelas doenças oportunistas e pela ação dos remédios usados para combater o vírus (MORAES; OLIVEIRA; TOSTES, 2006).

No campo da saúde, é frequente o uso do termo “saúde mental”. Ele é utilizado em legislações ou políticas governamentais, como designação de

serviços da saúde, também aparece em manuais, em artigos científicos, em livros, nos meios de comunicação, além de ser referido pela comunidade em geral (ALCÂNTARA *et al.*, 2022). A Organização Mundial da Saúde (OMS), conceitua saúde mental como “[...] um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe as suas próprias capacidades, possa lidar com as tensões normais da vida, possa trabalhar de forma produtiva e frutífera e possa contribuir para a sua comunidade” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001, *online*). Muitas vezes o conceito de saúde mental apoia-se na avaliação da qualidade de vida das pessoas, bem como na avaliação sobre depressão.

Tendo em vista avaliar a qualidade de vida das PVHIV, um estudo realizado em 2007 na cidade de Ribeirão Preto-SP, em dois serviços especializados no atendimento clínico-ambulatorial de PVHIV, aplicou um questionário, através do instrumento HAT-QoL (questionário HIV/Aids - *Quality of Life*) que é composto por 42 itens, dentro de nove tópicos: atividade geral, atividade sexual, preocupações com sigilo sobre a infecção, preocupação com a saúde, preocupação financeira, conscientização sobre o HIV, satisfação com a vida, questões relativas à medicação e à confiança no médico. Obteve como resultado mais notório, após entrevista com 228 indivíduos maiores de 18 anos, que 63 (26,7%) apresentavam sintomas de depressão e ainda apontou uma diferença entre os gêneros, as mulheres apresentam um quadro mais grave de depressão. A partir disso, levantou-se a discussão que a depressão é a condição psiquiátrica mais prevalente entre os indivíduos portadores do vírus e que é de suma importância da equipe de uma unidade básica dar apoio psicológico a esses indivíduos, notar qualquer sintoma e saber encaminhá-los a um profissional da área (REIS *et al.*, 2011).

Segundo um estudo realizado pela OMS (Organização Mundial da Saúde) em 2017, existem 322 milhões de pessoas diagnosticadas com depressão e 264 milhões diagnosticadas com ansiedade no mundo, sendo o Brasil o quinto lugar na lista da depressão com 5,8% da população total do país diagnosticada com a doença. O líder do ranking é a Ucrânia, com 6,3% da população diagnosticada. Além disso, o Brasil é o líder do ranking quando o assunto é ansiedade, tendo 9,3% da população total do país diagnosticada com a doença, no segundo lugar da lista está o Paraguai com 7,6%

(WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Ao comparar os dois estudos, apesar de terem sido realizados em diferentes universos populacionais, enquanto um avalia a prevalência em um nível global, o outro avalia apenas uma pequena parcela da população (portadores do HIV) de uma cidade de médio porte. Ainda assim, é possível observar que há uma prevalência de doenças mentais em pacientes portadores do HIV.

O termo depressão mais popularmente é utilizado para designar alguém que apresenta um estado de tristeza contínua, desânimo e perda do desejo de viver, podendo ser classificada tanto como uma doença (síndrome) como um sintoma. A depressão como uma doença inclui alterações de humor e mudanças cognitivas e psicomotoras e como sintoma ela surge após transtorno de estresse pós-traumático ou derivada de outras doenças mentais como esquizofrenia, demência e alcoolismo (DEL PORTO, 1999).

A depressão é uma doença comum em todo o mundo, com mais de 264 milhões de pessoas afetadas. A depressão é diferente das flutuações normais de humor e das respostas emocionais de curta duração aos desafios da vida cotidiana. Principalmente quando de longa duração e intensidade moderada ou grave, a depressão pode se tornar um sério problema de saúde. Pode fazer com que a pessoa afetada sofra muito e funcione mal no trabalho, na escola e na família. Na pior das hipóteses, a depressão pode levar ao suicídio. Quase 800 000 pessoas morrem devido ao suicídio todos os anos. O suicídio é a segunda principal causa de morte em jovens de 15 a 29 anos (WANZINACK; TEMOTEO, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou a depressão como a 4ª causa de incapacidade em todo o mundo e projeta que, em 2020, será a segunda causa. No Brasil, são registrados cerca de 12 milhões de casos, sendo considerada a maior taxa de depressão da América Latina. Ademais, a doença afeta mais mulheres do que homens e pode estar presente em diferentes faixas etárias (infância e adolescência, vida adulta e idosos) (GONÇALVES *et al.*, 2018).

Para o diagnóstico da síndrome da depressão são levados em conta sintomas psíquicos e fisiológicos e evidências comportamentais, estes sendo

avaliados normalmente com base em questionários que buscam avaliar o grau de depressão e como o paciente se sente nas últimas semanas que o levaram a buscar apoio (DEL PORTO, 1999).

Os sintomas psíquicos mais comuns para o diagnóstico de depressão são: sensação de tristeza e culpa, autodesvalorização, redução de prazer nas atividades, fadiga, diminuição na capacidade de se concentrar e crises de choro. Os sintomas fisiológicos mais comuns são: alterações do sono, redução da libido e diminuição do apetite. O sintoma mais grave é o desejo de suicídio e sua tentativa, que quando comentado pelo paciente, é necessário um tratamento urgente e mais presencial para resguardar sua vida (DEL PORTO, 1999).

HIV é um retrovírus, classificado na subfamília dos Lentiviridae. Esses vírus têm algumas características em comum: período de incubação prolongado antes do surgimento dos sintomas da doença, infecção das células do sangue e do sistema nervoso e supressão do sistema imune (BRASIL, 2013).

A AIDS é uma doença proveniente do não tratamento do HIV que enfraquece o sistema imunológico, deixando o corpo do portador vulnerável a outras infecções causadas por vírus, fungos e bactérias que acabam sendo fatais, como por exemplo Tuberculose, Pneumonias, entre outras. A doença também é conhecida como “síndrome de imunodeficiência Adquirida” (VERONESI; FOCACCIA, 2015).

A transmissão do HIV ocorre através do contato direto por sangue, sêmen, secreções vaginais e leite materno, sendo a prática sexual sem camisinha a principal causa de transmissão. É estimado que três de cada quatro infecções têm sua origem na prática sexual, seja por via oral, anal ou vaginal. A segunda via de transmissão mais importante ocorre pelo uso de seringas compartilhadas, principalmente entre usuários de drogas injetáveis, porém este tipo de transmissão está majoritariamente relacionado aos países ricos, como Estados Unidos, Austrália e países da Europa Ocidental (VERONESI; FOCACCIA, 2015).

O teste mais comum no Brasil é o Ensaio Imunoenzimático EIA, também conhecido como Elisa, feito com amostra de sangue do paciente em

laboratório, este teste busca anticorpos específicos contra o HIV. Há ainda o teste rápido, que possibilita o diagnóstico em apenas 15 minutos, feito de forma gratuita pelo SUS é utilizada uma gota de sangue e um fluido reagente, se a amostra reagir o resultado é positivo, se não reagir, é negativo (AGÊNCIA FIOCRUZ, 2014).

Os sinais e sintomas da infecção pelo HIV variam de acordo com a fase clínica que o indivíduo está inserido. A infecção pelo HIV pode ser classificada em quatro fases clínicas, sendo elas: fase aguda; fase assintomática; fase sintomática precoce e AIDS (INFORMAÇÕES BÁSICAS HIV, 2018).

A fase aguda ou infecção primária inicia-se nas três primeiras semanas de exposição ao vírus, apresentando duração em média de 2 a 3 semanas. Os primeiros sintomas são semelhantes ao de uma gripe, tais como: febre, fadiga, cefaleia, náuseas e diarreia. Tal característica descrita anteriormente, justifica o motivo pelo qual a fase retroviral aguda é confundida com um quadro viral indeterminado, logo não sendo realizado o diagnóstico preciso nessa fase (INFORMAÇÕES BÁSICAS HIV, 2018).

A fase assintomática é caracterizada por apresentar sintomas clínicos mínimos ou inexistentes. Em geral, a fase assintomática pode durar anos, existindo nomenclaturas que determinam a duração desse período em 8 anos. Entretanto, esse período pode prolongar-se ou encurtar-se, isso é determinado a partir das condições genéticas do hospedeiro ou do próprio vírus da imunodeficiência humana (BRASIL, 2013).

Durante a fase sintomática precoce, o indivíduo portador do HIV pode apresentar sinais e sintomas como: sudorese noturna, úlceras aftosas, emagrecimento, fraqueza, diarreia crônica, febre, fadiga e candidíase oral. Geralmente, esses sinais e sintomas possuem a duração superior a 30 dias (INFORMAÇÕES BÁSICAS HIV, 2018). Além disso, o indivíduo portador de HIV pode apresentar complicações cardiorrespiratórias, musculares e psiquiátricas (depressão) (BRASIL, 2013).

Com a evolução da epidemia da aids (síndrome da imunodeficiência adquirida) e diante de suas proporções epidemiológicas (ARAÚJO *et al.*, 2008), foram necessárias a implantação de políticas públicas e a reorganização dos serviços assistenciais, implicando nos cuidados de saúde, em especial no

que se refere ao tratamento. A eficácia dessa reorganização delineou a característica atual da aids ser considerada uma doença crônica, tornando-se necessário, em decorrência disso, o acompanhamento de saúde e a utilização permanente de medicações antirretrovirais (GILBERT; MOELLERING; SANDE, 2001).

O Governo Federal financia o tratamento para o HIV/AIDS no país. Desde 2013, o país adotou o tratamento para todos, independentemente da quantidade de vírus e da situação imunológica do paciente. Desde então, até dezembro de 2018, 593 mil pessoas com HIV/aids estavam em tratamento no país. A maioria (87%) faz uso do Dolutegravir, um dos melhores medicamentos atuais, que está disponível gratuitamente no SUS. O medicamento aumenta em 42% a chance de supressão viral (que é diminuição da carga viral do HIV no sangue) entre adultos, quando comparado ao tratamento anterior, usando o Efavirenz (BRASIL, 2013).

A terapia antirretroviral (TARV) combinada, também conhecida como terapia antirretroviral altamente ativa (HAART), é a base do tratamento dos pacientes infectados pelo HIV. A supressão da replicação do HIV é um requisito importante para prolongar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida dos pacientes HIV-positivos (BRASIL, 2021).

Atualmente, os fármacos disponíveis para o tratamento da infecção pelo HIV como parte de um regime combinado são classificados em quatro grupos: inibidores da enzima viral transcriptase reversa (inibidores nucleosídeos e nucleotídeos da transcriptase reversa; inibidores não nucleosídeos da transcriptase reversa); inibidores da enzima viral protease (inibidores de protease); inibidores da enzima viral integrase (inibidores de integrase); e fármacos que interferem com o acesso do vírus (inibidores de fusão; antagonistas do CCR5) (BRASIL, 2013).

O objetivo geral deste trabalho é avaliar a saúde mental de pacientes com HIV em um Serviço de Atendimento Especializado - SAE de um município do interior do RS.

2 METODOLOGIA

A pesquisa realizou-se de agosto a dezembro de 2022, iniciando após

aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Taquari, sob parecer número 2.911.935. Quanto ao modo de abordagem, a pesquisa classifica-se como quantitativa. Quanto ao objetivo da pesquisa, é um estudo descritivo que utilizou como procedimento técnico o levantamento de dados (questionário) de forma transversal.

Todos os pacientes que utilizaram o SAE de Lajeado no período de setembro a novembro de 2022 foram convidados para participar da pesquisa. Foram incluídos pacientes HIV soropositivos atendidos no SAE de Lajeado, maiores de 18 anos. Foram excluídos pacientes que não preencheram completamente o questionário ou o TCLE, e questionários que apresentaram rasuras. Desta forma, foram 114 pacientes abordados no SAE. Os mesmos foram informados sobre o objetivo da pesquisa e a forma de coleta de dados por meio do questionário QIDS-SR16 adaptado, com adição das questões “você é diagnosticado com depressão?”, “contou para algum familiar que é portador do HIV?”, “confia no sigilo do atendimento realizado no SAE?”. Além disso foram analisados os prontuários dos pacientes para a coleta dos seguintes dados: Sexo, Diagnóstico recente ou tardio, adesão ao tratamento (CD4 e Carga viral).

Os entrevistados foram avisados que disponibilizaram aproximadamente 10 minutos para responder ao questionário. Indivíduos que aceitaram participar e assinaram o TCLE, seguiram para coleta de dados que foi realizada por meio de entrevista utilizando o instrumento de coleta QIDS-SR16. As entrevistas ocorreram em sala reservada, no próprio serviço SAE para comodidade, preservação do sigilo e como forma de minimizar o possível constrangimento dos participantes. As variáveis estudadas abrangem qualidade do sono, ideação suicida, sentimento de tristeza, alteração do peso, interesse geral etc. A pesquisa foi sigilosa, sendo assim, não foi revelada a identidade dos participantes, os resultados foram apresentados em números, gráficos e/ou tabelas.

As informações a respeito da saúde mental dos pacientes (qualidade do sono, ideação suicida, sentimento de tristeza, alteração do peso, apetite e interesse geral) de cada paciente foram calculadas a partir de um escore. Com base no primeiro item do questionário foram primeiramente divididos em

depressão diagnosticada ou não, e de acordo com o escore foram atribuídos a não depressivo, depressão leve, depressão moderada, depressão severa e depressão muito severa. O questionário foi analisado de acordo com a sintaxe prevista.

3 RESULTADOS

Foram abordadas 114 pessoas que aceitaram participar de forma voluntária da pesquisa, sendo 63 (55,3%) do sexo feminino e 51 (44,7%) masculino. Destes 114 participantes da pesquisa, 102 (89,5%) estão vivendo há mais de 1 ano com HIV e 12 (10,5%) tiveram seu diagnóstico nos últimos 12 meses. Sobre o questionário, 70 (61,4%) obtiveram escore negativo para depressão, salienta-se que caso o participante esteja sendo tratado para a depressão o resultado poderia dar um falso negativo. Os outros 44 (38,6%) obtiveram resultado positivo para depressão, sendo 23 (20,2%) resultados para depressão leve, 13 (11,4%) para depressão moderada, 5 (4,4%) para depressão severa e 3 (2,6%) para depressão muito severa.

Em relação a carga viral e contagem de CD4, 78 (68,4%) dos entrevistados estão aderindo ao tratamento, isto é, com exame de carga viral não detectado e com contagem de CD4 maior que 200. Os 36 (31,6%) restantes possuem carga viral detectada, dentro desse espectro, 24 (21,1%) entrevistados têm contagem de CD4 maior que 200 e 12 (10,5%) possuem CD4 menor que 200.

Também foi questionado se os participantes já tinham diagnóstico prévio de depressão, os resultados foram: 65 (57,0%) não possuíam diagnóstico de depressão, 25 (21,9%) foram diagnosticados depois do HIV e 24 (21,1%) antes do HIV. Destes 65 (57,0%) participantes que relataram não possuir o diagnóstico de depressão 18 (1,6%) obtiveram resultado positivo no questionário (resultado maior que 5 pontos).

Sobre o questionário, 70 (61,4%) obtiveram escore negativo para depressão, salientamos que caso o participante esteja sendo tratado para a depressão o resultado poderia dar um falso negativo. Os outros 44 (38,6%) obtiveram resultado positivo para depressão, sendo 23 (20,2%) resultados para depressão leve, 13 (11,4%) para depressão moderada, 5 (4,4%) para

depressão severa e 3 (2,6%) para depressão muito severa.

Relacionando o HIV com a depressão (diagnosticada ou escore positivo no questionário), foram obtidos os seguintes resultados: 24 (21,1%) participantes que possuem depressão não aderem ao tratamento e somente 8 (7,0%) dos não diagnosticados com depressão não aderem. A tabela 1 apresenta os dados discriminados por sexo.

Tabela 1 - Quadro demonstrativo da depressão, por sexo, das pessoas com HIV positivo participantes da pesquisa

Dado avaliado	Masculino		Feminino	
	n	%	n	%
Participantes da pesquisa	51	44,7%	63	55,3%
Declaram que não possuem depressão	37	32,5%	28	24,6%
Depressão diagnosticada	14	12,3%	35	30,7%
Depressão antes do HIV	6	5,3%	18	15,8%
Depressão depois do HIV	8	7,0%	17	14,9%
Possível depressão (escore positivo)	7	6,1%	11	9,6%
Total com depressão ou possível depressão	21	18,4%	46	40,4%

A tabela 2 apresenta a classificação da depressão, de acordo com os escores propostos pelo questionário QIDS-SR16

Tabela 2 - Classificação da depressão quanto ao escore divididos por sexo das pessoas com HIV positivo participantes da pesquisa

Dado avaliado	Masculino		Feminino	
	N	%	n	%
Sem depressão	36	31,6%	34	29,8%
Depressão leve	12	10,5%	11	9,6%
Depressão moderada	2	1,8%	11	9,6%
Depressão severa	0	0,0%	5	4,4%

Dado avaliado	Masculino		Feminino	
	N	%	n	%
Depressão muito severa	1	0,9%	2	1,8%

Em relação a adesão ao tratamento do HIV, a tabela 3 apresenta os dados separados por sexo.

Tabela 3 - Adesão ao tratamento, por sexo, dos participantes da pesquisa das pessoas com HIV positivo participantes da pesquisa

Dado avaliado	Masculino		Feminino	
	N	%	n	%
Possui depressão e adere ao tratamento	13	11,4%	31	27,2%
Possui depressão e não adere ao tratamento	9	7,9%	15	13,2%
Não possui depressão e não adere ao tratamento	6	5,3%	2	1,8%
Não possui depressão e adere ao tratamento	24	21,1%	15	13,2%

Sabe-se que quanto maior a carga viral, maior o risco de a pessoa desenvolver sinais da doença. Quando a contagem das células CD4 é alta, a carga viral é normalmente baixa. Esta situação é boa. Se a contagem das células CD4 descer para 350 ou menos, é recomendado que se inicie o tratamento. O resultado do tratamento deve ser o aumento das células CD4 e a descida da carga viral. A tabela 4 apresenta a carga viral de acordo com a depuração da creatinina endógena (DCE), por sexo, dos participantes da pesquisa das pessoas com HIV positivo participantes da pesquisa.

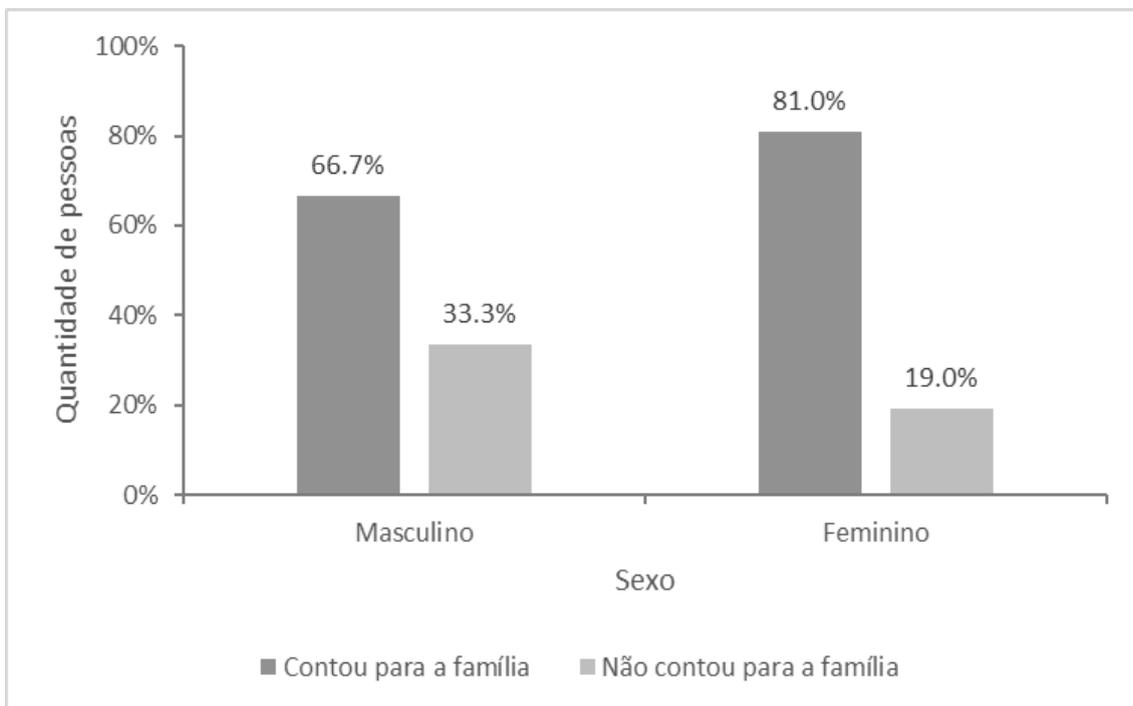
Tabela 4 - Número de participantes da pesquisa, por sexo, de acordo com a quantidade de carga viral (CV)

Dado avaliado	Masculino		Feminino	
	n	%	n	%

CV não detectada e CD4 maior que 200	34	29,8%	44	38,6%
CV não detectada e CD4 menor que 200	0	0,0%	0	0,0%
CV detectada e CD4 maior que 200	10	8,8%	14	12,3%
CV detectada e CD4 menor que 200	7	6,1%	5	4,4%

Muitas vezes as pessoas que recebem o diagnóstico de HIV positivo sentem vergonha e não querem compartilhar esses resultados. É comum surgirem sentimentos de depressão, solidão e perda do significado da vida e desesperança. Estes sentimentos surgem da ambivalência do contar ou não para amigos, familiares ou um familiar específico (STEFANELLI *et al.*, 1999). Em relação a ter contado ou não para a família o seu diagnóstico, a maioria contou para a família, sendo o percentual maior nas mulheres do que nos homens, conforme pode ser visualizado no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Percentual de homens e mulheres que contaram e não contaram seu diagnóstico para a família



Já quando questionados se confiam no sigilo do SAE, apenas dois (1,8%) homens relatam não confiar no sigilo.

4 DISCUSSÃO

Os resultados do estudo demonstraram que 38,5% dos entrevistados apresentam sintomas depressivos segundo o QIDS-SR16. No contexto brasileiro ocupamos o quinto lugar na lista global da depressão com 5,8% da população total do país diagnosticada com a doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Na população estudada, temos uma prevalência cerca de sete vezes maior. Ainda é possível observar que há uma disparidade dos sintomas depressivos entre homens e mulheres, visto que 46% das mulheres apresentaram algum sintoma de depressão enquanto que somente 29,4% dos homens apresentaram sintomas. Além disso, as mulheres também apresentaram sintomas mais graves de depressão, sendo que dos 8 participantes que tiveram o escore de depressão severa ou muito severa 7 (87,5%) foram mulheres.

Comparando com um estudo feito em Ribeirão Preto - SP com 228 entrevistados no período de 2007-2008 utilizando o IDB (Inventário de depressão de Beck) em que a prevalência de sintomas depressivos foi de 27,6% e se verificou uma disparidade entre os sexos, com 106 mulheres participantes, 38 tem depressão, enquanto nos homens de 122 participantes, 25 tem depressão, ainda há de se ressaltar que 80% dos pacientes com grau grave de depressão são mulheres (REIS *et al.*, 2011). Tais resultados apontam para a necessidade da compreensão de fatores que favorecem maior adoecimento por depressão entre mulheres, visto que as taxas de depressão no mundo variam de 4 a 10% na população geral, entretanto, ao longo da vida, a prevalência de depressão entre mulheres é maior do que em homens, pois as taxas variam de 10 a 25% nas mulheres e de 5 a 12% para homens (PENZAK *et al.*, 2000). Segundo Guedes *et al.* (2022), a maior prevalência de depressão nas mulheres é considerada na literatura internacional e nacional como dado comprovado.

Diante do impacto dos antirretrovirais na sobrevivência dos infectados pelo HIV/AIDS, a adesão ao tratamento centraliza as intervenções dos profissionais. Na prospecção de dados para o artigo obtivemos que 24 participantes de um total de 114 têm depressão (escore positivo > 5) e não aderem ao tratamento. Novamente as mulheres lideram este quesito com 62,5%.

O diagnóstico de depressão pode ser, muitas vezes, complicado devido à barreira entre as suas manifestações que podem ou não apresentar sintomas visíveis, principalmente em indivíduos com HIV. Nesses indivíduos, as dificuldades para o diagnóstico de depressão se acentuam, uma vez que condições clínicas como fadiga, diminuição do apetite, alteração do sono e perda de peso, comuns na depressão, são encontrados frequentemente em indivíduos vivendo com HIV/AIDS (TENG; HUMES; DEMÉTRIO, 2005). Além disso, existem outras barreiras para o diagnóstico de depressão entre os indivíduos infectados pelo HIV, dentre elas a dificuldade do paciente em se abrir e a própria compreensão e manejo dos profissionais de saúde de que a depressão é reação normal, decorrente com a soropositividade ao HIV (SALDANHA *et al.*, 2004).

No questionário foram adicionadas 2 questões que são pouco observadas em outros estudos, se os pacientes contaram para os familiares que são portadores do vírus do HIV e se confiam no sigilo do local onde é oferecido o tratamento para o HIV. Na primeira questão, referente ao ter contado para a família, é possível observar que as mulheres são mais abertas ao assunto, sendo que 81% das mulheres contaram, e somente 67% dos homens. Enquanto na questão relacionada a confiar no sigilo do SAE, dos 114 participantes somente 2 não confiam no sigilo. Neste caso, a grande maioria (98%) dos participantes confia no sigilo do local de tratamento. Visto que o HIV é um tabu social, este dado é um ponto positivo, já que muitos pacientes poderiam recusar o tratamento com medo de serem expostos sem sua permissão para outras pessoas (CHRISTO, 2010).

5 CONCLUSÃO

A prevalência da depressão em pacientes infectados com HIV/AIDS é alta e afeta a adesão ao tratamento do HIV. Sendo necessário uma ação conjunta entre infectologistas e psiquiatras para que os acometidos tenham a intervenção medicamentosa e o suporte psicológico e social necessários para que tenham uma qualidade de vida satisfatória com o mínimo de episódios depressivos e consequências possíveis dessa doença. Cabe também observar que as mulheres são mais acometidas pela depressão e apresentam sintomas

mais graves, o que indica uma necessidade maior de suporte e de atenção para este grupo.

É importante salientar que os profissionais de saúde devem prestar atenção em seus pacientes e possíveis sintomas de depressão, visando não somente oferecer o tratamento medicamentoso para o HIV, mas também promover a saúde mental e a autoestima destes. Tanto médicos como enfermeiros exercem papel importante no combate de ambas as doenças, podendo auxiliar no diagnóstico e tratamento destas doenças que afetam grande parte dos seus pacientes.

Uma das principais limitações do estudo é a falta de uma amostra maior e mais diversa. O estudo baseia-se em dados de um único Serviço de Atendimento Especializado (SAE), o que pode não representar a totalidade dos pacientes com HIV/AIDS e suas diversas vivências em diferentes contextos sociais, culturais e regionais. Além disso, a pesquisa depende de diagnósticos clínicos e autorrelatos dos pacientes, que podem sofrer influência do estigma social e autocensura, ou que comprometem a precisão dos dados.

Outro ponto é a ausência de uma análise longitudinal. A coleta de dados realizada em um único momento não permite uma compreensão completa de como a saúde mental desses pacientes evolui ao longo do tempo, especialmente em relação à adesão ao tratamento e à resposta ao suporte psicológico e social. Por fim, há uma limitação na identificação das instruções específicas de saúde mental mais eficazes para o tratamento desses pacientes, uma vez que o estudo não explora detalhadamente os diferentes tipos de apoio psicológico ou psiquiátrico.

Para futuras pesquisas, sugere-se a realização de estudos com uma abordagem longitudinal e com amostras maiores e mais heterogêneas, englobando pacientes de diferentes regiões e perfis sociodemográficos. Esse tipo de abordagem poderia oferecer uma visão mais completa da evolução da saúde mental em pacientes com HIV/AIDS ao longo do tempo, além de identificar variáveis preditivas para a depressão e adesão ao tratamento.

Outra direção importante seria explorar as especificidades do impacto da depressão e de outros transtornos mentais em subgrupos, como mulheres e pessoas transgêneros, que apresentam vulnerabilidades e necessidades

específicas. Também se poderia investigar a eficácia de diferentes abordagens terapêuticas, incluindo terapias complementares, para identificar quais são mais eficazes no apoio aos pacientes com IH.

Além disso, seria enriquecedor investigar o papel do apoio social e das redes de apoio comunitário, buscando compreender como esses elementos podem contribuir para a melhoria da saúde mental e para o aumento da adesão ao tratamento.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA Fiocruz. *Especialista esclarece as principais dúvidas sobre a infecção aguda de HIV*. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/especialista-esclarece-principais-duvidas-sobre-infeccao-aguda-pelo-hiv>.

ALCÂNTARA, V. P.; VIEIRA, C. A. L.; ALVES, S. V. Perspectivas acerca do conceito de saúde mental: análise das produções científicas brasileiras. *Ciênc. saúde coletiva*, 27(1):351-361, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.22562019>

ARAÚJO, M. A. L.; SILVEIRA, C. B. da; SILVEIRA, C. B. da; MELO, S. P. de. Vivências de gestantes e puérperas com o diagnóstico do HIV. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(5):589-594, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672008000500010>

BARBOSA, K. E.; SANTOS, J. A. N. Análise do papel da enzima HIV- 1 protease no ciclo replicativo do HIV. *Revista Multidisciplinar Em Saúde*, 2(2): 40, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.51161/rem/s/1197>.

BRASIL. *Cai o número de casos e mortes causados pela AIDS no país*. Disponível em [https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/12/cai-o-numero-de-casos-e-mortes-causados-pela-aids-no-pais#:~:text=Atualmente%2C%20cerca%20de%20920%20mil,Único%20de%20Saúde%20\(SUS\)](https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/12/cai-o-numero-de-casos-e-mortes-causados-pela-aids-no-pais#:~:text=Atualmente%2C%20cerca%20de%20920%20mil,Único%20de%20Saúde%20(SUS)) Acesso: 28 de maio de 2021

CHRISTO, P. P. Alterações cognitivas na infecção pelo HIV e Aids. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 56(2):242-247, São Paulo, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000200027&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 de jan. 2021.

DANTAS, M. de S.; ABRÃO, F. M. da S.; COSTA, S. F. G. da; OLIVEIRA, D. C. de. HIV/AIDS: significados atribuídos por homens trabalhadores da saúde. *Esc. Anna Nery*, 19(2):323-330, Rio de Janeiro, June 2015. Disponível em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000200323&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 de jan. 2021.

DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 21(supl. 1):06-11, São Paulo, May 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-4446199900050003&lng=en&nrm=iso.

GILBERT, D.; MOELLERING, R.; SANDE, M. (eds). *Stanford guide to HIV/AIDS therapy 2001*. 10th edition. Hyde Park, USA, Antimicrobial Therapy, Inc., 2001. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/204781/B0455.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

GONÇALVES, A. M. C. *et al.* Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 67(2):101-109, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000192>.

GUEDES, D. R.; BISPO, E. dos S.; NOBRE, L. M. A. F. Depressão, o mal do século: prevalência de depressão e os fatores associados em mulheres - uma revisão de literatura. *RECISATEC – Revista Científica Saúde e Tecnologia*, 2(2):1-15, 2022. Disponível em: <https://recisatec.com.br/index.php/recisatec/article/view/77>
INFORMAÇÕES BÁSICAS HIV, Unaid, 2018, Disponível em: <https://unaid.org.br/informacoes-basicas/>.

MORAES, M.J de; OLIVEIRA, A.C.P de; TOSTES, M de A. AIDS e psiquiatria. In: BOTEGA, N.J. (Org.). *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência*. 2. ed. P. 373-394, Porto Alegre: Artmed, 2006.

PENZAK, S. R.; REDDY, Y. S.; GRIMSLEY S.R. Depression in patients with HIV infection. *Am J Health Syst Pharm.*, 57(4):387-389, 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10714976/>

REIS, R. K.; HAAS, V. J.; SANTOS, C. B. dos; TELES, S. A.; GALVÃO, M. T. G.; GIR, E. Symptoms of depression and quality of life of people living with HIV/AIDS. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 19(4):874-881, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000400004>

STEFANELLI, M. C.; GUALDA, D. M. R.; FERRAZ, A. F. A convivência familiar do portador do HIV e do doente com AIDS. *Família Saúde e Desenvolvimento*, 1(1/2):67-74, 1999. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/directbitstream/f321db71-af10-44d2-87fc-cff1ce63d18f/GUALDA%2C+D+M+R+doc+8.pdf>

TENG, C. T.; HUMES, E. C.; DEMETRIO, F. N. Depressão e comorbidades clínicas. *Rev Psiquiatr Clín.*, 32(3):149-159, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832005000300007>

VERONESI, M.; FOCACCIA, L. *Tratado de Infectologia*. Col.1. São Paulo: Editora Atheneu, 2015.

WANZINACK, C.; TEMOTEO, A.; OLIVEIRA, A. L. Mortalidade por suicídio entre adolescentes/jovens brasileiros: um estudo com dados secundários entre os anos de 2011 a 2015. *Diver Rev Elet Interdisciplinar*, 10(2):106-17, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/diver/article/view/54974/34899>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICDH-2*. Geneva: WHO. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>