

ARTIGO ORIGINAL

Prevalência de Sintomas Depressivos em Pacientes Portadores do HIV/Aids em um Hospital de Referência na Cidade de Florianópolis - SC

João Henrique Loffi Schmitt¹, Rosemeri Maurici da Silva²

Resumo

Objetivo: Mensurar a prevalência de sintomas depressivos de acordo com Inventário de Depressão de Beck em pacientes portadores do HIV/Aids em um hospital de referência na cidade de Florianópolis – SC.

Método: Foi realizado um estudo transversal que avaliou 27 portadores do HIV/Aids atendidos em enfermaria médica, ambulatório e Hospital Dia do Hospital Nereu Ramos (HNR) - Florianópolis – SC. Foram avaliadas variáveis sociodemográficas e relacionadas aos transtornos depressivos. Foi utilizado o Inventário de Depressão de Beck, e como ponto de corte o seguinte índice: <18 normal, e maior ou igual à 18 possível depressão.

Resultados: O ponto de corte considerado como sugestivo para depressão foi atingido por 11 (40,7%) dos participantes. Não houve diferença estatisticamente significativa quando avaliada a presença de sintomas depressivos de acordo com o tipo de atendimento que o paciente estava recebendo (p 0,143), e de acordo com o gênero (p 0,102).

Conclusão: A prevalência de depressão de acordo com o Inventário de Depressão de Beck em pacientes portadores do HIV/Aids foi de 40,7%.

Descritores: 1. Depressão;

2. HIV;
3. Aids.

Abstract

Objective: To estimate the prevalence of depression based on Beck Depression Inventory in patients with HIV/Aids in a referential hospital located in Florianópolis-SC.

Methods: It was made a transversal study witch evaluated 27 patients with HIV/Aids treated in Nereu Ramos Hospital, in Florianópolis-SC. It was evaluated social demographic data and also data related with depression disorders. It was used the Beck Depression Inventory and the levels used were: <18 normal and e" 18 possible depression.

Results: The cut-off score considered as depression diagnose was reached by 11 (40,7%) patients. There were no statistical significance when it was evaluated the occurrence of depression in association with kind of attainment that this patients were receiving (p 0,102). There was, also, no statistical difference according to gender.

Conclusions: The prevalence of depression according to Beck Depression Inventory in HIV/Aids patients was 40,7%.

Keywords: 1. Depression;
2. HIV;
3. Aids.

1 - Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina.

2 - Professora do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina, Doutora em Medicina/Pneumologia.

Introdução

Os transtornos do humor são um problema de saúde pública, pela sua alta prevalência, potencial de cronificação, prejuízo da capacidade funcional, e piora da qualidade de vida, além de uma maior utilização dos serviços de saúde.^{1,2} Como síndrome, a depressão se caracteriza por um conjunto de sinais e sintomas, que incluem não apenas as alterações do humor, mas também manifestações somáticas, cognitivas, psicomotoras e vegetativas.³

O transtorno depressivo faz parte dos transtornos de humor, dentre os quais estão ainda o transtorno bipolar e a mania. Sua caracterização define a presença de, no mínimo, cinco sintomas do episódio depressivo maior há pelo menos duas semanas; e um dos sintomas deve ser o humor deprimido ou a perda do interesse ou prazer. De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-IV), o transtorno depressivo subdivide-se ainda em transtorno depressivo maior episódio único ou recorrente. A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª Revisão (CID-10) classifica os episódios depressivos em: (a) leves: quando o indivíduo ainda é capaz de realizar grande parte de suas atividades diárias; (b) moderados: quando o indivíduo começa a apresentar dificuldades no prosseguimento de sua vida cotidiana; e (c) graves: quando há marcantes sentimentos de desvalia, baixa auto-estima e idéias suicidas.^{4,5,6}

A Organização Mundial de Saúde estima que 340 milhões de pessoas, em todo o mundo, viveram um episódio depressivo no transcorrer da vida. Nos Estados Unidos, cerca de 18 milhões de pessoas já experimentaram um episódio depressivo maior. Estima-se que no ano de 2020, os sintomas depressivos serão a segunda causa de anos potenciais de vida perdidos (DALY), sendo a primeira causa as doenças cardíacas.⁷

Evidências sugerem que há um aumento da prevalência de depressão em pacientes com doenças físicas.^{8,9,10} Estudos epidemiológicos mostram que 10 a 20% dos pacientes clínicos apresentam sintomas depressivos.⁹ A associação entre sintomas depressivos e doença clínica está bem estabelecida, sobretudo em cardiologia, endocrinologia, neurologia e nas doenças de etiologia viral, sendo a associação mais bem fundamentada aquela entre depressão e os vírus da imunodeficiência humana e hepatite C.^{8,11-14} Existe uma ampla variação nas taxas de depressão associada a doenças clínicas, que variam de 3% a 75%, as quais

dependem do local onde foi realizado o estudo, do modo de avaliação, e das características específicas da doença física avaliada. Assim, caso seja usada uma entrevista estruturada e critérios diagnósticos para depressão maior em pacientes ambulatoriais clinicamente compensados, podem ser encontradas taxas mais baixas. Por outro lado, se forem utilizadas escalas que medem sintomas depressivos em geral em pacientes internados, submetidos a diversos tratamentos, essas taxas serão bem maiores. Outro fator que potencialmente pode levar a diferentes valores, consiste no fato de que sintomas vegetativos e somáticos causados unicamente pela doença de base, podem ser confundidos com sintomas depressivos.⁸

Existem vários instrumentos em uso corrente na pesquisa científica e na prática clínica, para a avaliação da depressão, com diversas escalas que são utilizadas para a avaliação de sintomas depressivos, tais como: o Inventário de Depressão de Beck (Beck Depression Inventory – BDI), Escala de Depressão de Montgomery e Asberg (MADRS); Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D); Escala de Depressão do Inventário Psicológico da Califórnia (CPI-D), dentre outros.¹⁵⁻¹⁸ Estes instrumentos são responsáveis pelo diagnóstico sugestivo de depressão quando utilizados respeitando-se seus pontos de corte.¹³ As escalas de auto-avaliação merecem consideração, uma vez que apresentam algumas vantagens de uso em pacientes com transtornos do humor, pois os mesmos podem fornecer informações sobre seus sentimentos e humor no presente momento. Essas escalas são econômicas por necessitarem de menor tempo da equipe de Saúde Mental. Entretanto, as escalas de auto-avaliação têm desvantagens óbvias: sua confiabilidade é difícil de analisar, sua utilização pressupõe pacientes com certo grau de educação, cooperantes e sem uma psicopatologia grave. Além disso, muitos pacientes acham difícil a avaliação da gravidade dos seus sintomas.¹⁹

O BDI é umas das medidas de auto-avaliação de depressão mais amplamente usada, tanto na pesquisa como na prática clínica. Foi validado para a língua portuguesa, e profundamente analisado quanto aos critérios de confiabilidade.⁴ Nele são avaliadas atitudes e sintomas que refletem o estado atual do paciente, tais como: tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto-depreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso,

preocupação somática e diminuição de libido.¹⁵ Há várias propostas de diferentes pontos de corte para distinguir os níveis de depressão utilizando o BDI, a escolha do ponto de corte adequado depende da natureza da amostra e dos objetivos do estudo. Assim, se o propósito é detectar o número máximo de pessoas deprimidas, os pontos de corte deveriam ser menores, para minimizar falsos negativos. Mesmo que o número de falsos positivos vá aumentar, este método será útil na triagem de possíveis casos de depressão. Para amostras de pacientes com transtorno afetivo, a versão do BDI em português recomenda pontos de corte com valores mais elevados do que os apresentados na versão original, a saber: menor ou igual a 11 = sem depressão ou depressão mínima; de 12 a 19 = depressão de leve a moderada; de 20 a 25 = depressão de moderada a grave; de 36 a 63 = depressão grave. Já para amostras não diagnosticadas, as diretrizes são diferentes, escores maiores ou iguais à 18 dariam uma estimativa de possível depressão.^{15,20}

Em 1981, o Centro de Controle de Doenças (Centers for Disease Control – CDC) notificou, pela primeira vez, a ocorrência de doenças que, retrospectivamente, foram classificadas como manifestações da Aids. Essa doença caracteriza-se por um transtorno da imunidade celular, resultando em uma maior suscetibilidade a infecções oportunistas e neoplasias.²¹

Estimativas recentes sugerem que 33 milhões de pessoas no mundo estejam infectadas pelo HIV. No Brasil, dados recentes demonstram que 620 mil pessoas são portadoras do vírus.²² Considerando as regiões do país, entre 1980 e 2007, 289.074 casos foram identificados na Região Sudeste, 89.250 na Região Sul, 53.089 no Nordeste, 26.757 no Centro-Oeste e 16.103 na Região Norte. Com relação às regiões, as taxas de incidência (por 100.000 habitantes) para o ano de 2005, foram de 8,6 no Sul, 8,2 no Sudeste, 5,2 no Norte, 4,9 no Centro-Oeste e 4,3 no Nordeste.²³

É antiga a hipótese de que existe associação entre infecções virais e depressão.¹⁴ A Aids tem se tornado objeto de interesse por parte de psiquiatras, psicólogos e outros profissionais de saúde mental essencialmente por duas razões: o tropismo do HIV pelo sistema nervoso central, e o impacto psicológico do diagnóstico e da evolução da infecção nos indivíduos afetados.²¹ Dentre os transtornos psiquiátricos mais comumente observados em indivíduos HIV positivos, a depressão é o mais prevalente.^{14,21} Sendo assim, a investigação é fundamental, já que a depressão é uma patologia com alto índice de melhora quando tratada, inclusive em

indivíduos infectados pelo HIV.²¹

A depressão maior em indivíduos infectados pelo HIV parece estar associada a fatores como descoberta da infecção, início dos sintomas físicos, progressão da doença e das limitações por ela impostas, infecções oportunistas no sistema nervoso central e as complexas questões psicossociais envolvidas, além do desencadeamento de episódio depressivo em populações vulneráveis como usuários de drogas injetáveis, homossexuais e mulheres.^{14,21,24-26} Sabe-se que indivíduos deprimidos apresentam menor adesão ao tratamento, pior controle da doença de base, pior qualidade de vida, maior prejuízo funcional e maior mortalidade.⁸ Alguns autores estudaram a relação entre depressão e evolução da infecção pelo HIV, e apesar de os estudos serem baseados em populações variadas, em todos foi mostrado que a depressão está associada a pior prognóstico da infecção.²⁷⁻²⁹

O conhecimento da prevalência de depressão neste grupo específico de indivíduos tem implicações prognósticas e terapêuticas, motivo pelo qual propusemos a realizar este estudo em pacientes portadores de HIV/Aids internados em um Hospital de Referência em Florianópolis – SC.

Métodos

Foi realizado um estudo do tipo transversal, descritivo e analítico.

A população de estudo foi constituída de indivíduos atendidos em enfermaria médica, ambulatório e o serviço de Hospital Dia do Hospital Nereu Ramos – Florianópolis - Santa Catarina.

Os indivíduos foram convidados a participar e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. Foram utilizados dois questionários auto-aplicáveis, um que contém um cabeçalho com características epidemiológicas gerais e dados relacionados ao HIV/Aids, e o BDI composto de um corpo com 21 questões que contemplam os componentes cognitivos, afetivos, comportamentais e somáticos da depressão. Cada item comporta quatro afirmativas que variam quanto a intensidade (0 a 3), cabendo ao respondente indicar qual das quatro afirmações melhor descreve os seus sintomas. Pode-se ter mais de uma resposta em cada questão, levando-se em consideração a alternativa de maior valor. O escore final foi obtido mediante o somatório dos 21 itens que compõem a escala. Como propriedade psicométrica em amostras não diagnosticadas, como é o

caso dos sujeitos deste estudo, foi considerado como ponte de corte o seguinte índice: < 18 normal e maior ou igual à 18 possível depressão. O preenchimento do questionário foi realizado pelos participantes do estudo e supervisionado pelos pesquisadores (estudantes do nono semestre do curso de medicina), sendo que no caso de indivíduos analfabetos, os pesquisadores realizaram o preenchimento.

Os critérios de inclusão foram: maiores de 18 anos, portadores de HIV/Aids, internados em enfermaria médica, ou atendidos no ambulatório e Hospital Dia do hospital de referência.

Os critérios de exclusão foram: pacientes que não concordaram em participar, aqueles que encontravam-se em condições clínicas desfavoráveis para responder os questionários, e os com diagnóstico prévio de depressão, o qual foi investigado através de pergunta direta ao participante e avaliação do prontuário médico.

As variáveis sociodemográficas e referentes ao HIV/Aids analisadas foram: idade, raça, gênero, orientação sexual, estado civil, escolaridade, renda familiar, ocupação, pessoa com quem reside, tempo de internação hospitalar, tempo de diagnóstico do HIV, utilização de esquema anti-retroviral, participação em grupos de apoio a portadores do HIV/Aids e definir a limitação mais importante que o HIV/Aids trouxe a vida do paciente.

As informações obtidas foram compiladas em um banco de dados e analisadas através do software SPSS 16.0 for Windows®.

Os resultados foram sumarizados como percentagem ou média conforme indicado. Foram aplicados testes de significância estatística para as variáveis de interesse, e aceitos como significativos valores de p menores ou iguais a 0,05.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Unisul sob o registro 08.359.4.01.III .

Resultados

Foram avaliados consecutivamente 27 indivíduos portadores de HIV/Aids, dos quais 15(55,6%) pertenciam ao gênero masculino, e 25(92,6%) eram caucasianos.

A média de idade dos participantes foi de 37,4 anos (DP±8), com idade mínima de 20 e máxima de 53 anos.

Quanto à procedência, 21(77,8%) eram procedentes de Florianópolis e somente um participante (3,7%) era procedente de cidade fora do estado de Santa Catarina.

Quanto à orientação sexual, 23(85,2%) declararam-

se heterossexuais, 2(7,4%) homossexuais, um (3,7%) bissexual e um (3,7%) transexual.

Referente ao estado civil, 14 participantes (51,9%) eram solteiros, 12(44,4%) eram casados ou amasiados, e um (3,7%) era separado.

A maioria dos participantes (13/48,1%) possuía como escolaridade o primeiro grau incompleto, conforme demonstrado na Tabela 1.

Quanto à renda familiar, 11(40,7%) apresentavam renda familiar de um salário mínimo, 4(14,8%) apresentavam renda familiar superior a 8 salários mínimos, sendo que 55,5% dos participantes exerciam atividade laborativa no momento da pesquisa.

A distribuição dos participantes de acordo com os indivíduos com quem habitavam, encontra-se demonstrada na Figura 1.

A maioria dos participantes (16/59,3%) utilizava esquema antiretroviral, e 23(85,2%) não participavam de grupos de apoio à pessoas com HIV/Aids.

Referente ao local de atendimento, 13(48,1%) encontravam-se internados, 10(37%) eram pacientes ambulatoriais e 4(14,8%) eram pacientes do Hospital Dia.

Quando questionados sobre qual a limitação mais importante que possuíam, 6(22,2%) referiram não apresentar limitações, sendo que os demais ou não souberam responder, ou referiram limitações as mais variadas, que encontram-se demonstradas na Tabela 2.

O tempo médio de internação foi de 83,5 dias, e o tempo médio de diagnóstico da soropositividade ao HIV foi de 10,4 anos.

A maioria dos participantes (14/51,9%) referiu que não se sentiu triste durante a última semana, incluindo o dia da entrevista.

Com relação às expectativas quanto ao futuro, a maioria dos entrevistados (18/66,7%), constatou não se sentir desanimado ou pessimista quanto ao mesmo, e 15(55,6%) não apresentaram sensação de fracasso.

Quando questionados sobre os sentimentos de satisfação, a maioria dos participantes (11/40,7%), referiu sentir prazer em tudo como antes, e nove (33,3%) constataram não sentir mais prazer nas coisas como antes.

A sensação de culpa foi relatada por dez (37,0%) dos entrevistados, porém a maioria (11/40,7%), não sentiu-se especialmente culpada.

O sentimento de punição não esteve presente na maioria dos participantes (15/55,6%).

Mais da metade dos participantes (16/59,3%) referiu que não se sente decepcionado consigo mesmo.

Dos entrevistados, oito (29,6%), eram críticos em relação as suas fraquezas ou erros, no entanto, a maioria (9/33,3%) referiu não possuir sentimentos de auto-acusações.

Quando questionados a respeito de idéias suicidas, a maioria (19/70,4%) relatou não ter qualquer ideiação suicida.

Dos entrevistados, a maioria (13/48,1%) afirmou não chorar mais que o habitual.

Oito dos participantes (29,6%) relataram não se sentir mais irritados no presente momento do que já foram, entretanto, o mesmo contingente de participantes (8/29,6%) afirmou sentir-se molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.

A maioria dos participantes (16/59,3%), relatou que não perdeu o interesse nas outras pessoas, ou seja, não sentiu-se retraído socialmente.

Questionados sobre a habilidade de tomar decisões, mais da metade dos entrevistados (16/59%), relatou tomá-las tão bem como em outras épocas.

A maioria dos participantes (12/44,4%) afirmou não se sentir com a aparência pior do que costumava ser.

Questionados sobre a inibição para o trabalho, a maioria dos entrevistados (9/33,3%), relatou que precisa de um esforço extra para começar qualquer atividade.

A maioria dos participantes (10/37,0%) afirmou não apresentar distúrbios do sono.

Questionados sobre a fadiga, mais da metade dos entrevistados (15/55,6%) afirmou ficar mais facilmente cansado que de hábito.

O apetite foi considerado mantido, ou seja, sem mudanças em relação aos hábitos anteriores por mais da metade dos participantes (16/59,3%).

Mais da metade dos participantes (15/55,6%), afirmou não ter perdido peso na última semana, incluindo o dia da pesquisa.

A maioria dos participantes (9/33,3%) relatou preocupar-se com sintomas somáticos, tais como: dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.

Não foram observadas quaisquer mudanças recentes no interesse sexual pela maioria dos entrevistados (12/44,4%).

O ponto de corte considerado como diagnóstico para depressão foi atingido por 11(40,7%) dos participantes.

Não houve diferença estatisticamente significativa quando avaliada a presença de depressão de acordo com o tipo de atendimento que o paciente estava recebendo (p 0,143), assim como não houve diferença

estatisticamente significativa de acordo com o gênero (p 0,102). Os dados referentes à presença de depressão de acordo com o tipo de atendimento e o gênero encontram-se demonstrados nas Tabelas 3 e 4.

Discussão

O percentual de depressão (40,7%) observado no presente estudo corrobora os dados da literatura, a qual apresenta resultados muito variados (0% a 47,8%) em pacientes com HIV/Aids.^{14,24} A variabilidade nas prevalências descritas pode ser atribuída a fatores como o instrumento de avaliação utilizado nos diferentes estudos, as características da população estudada, o local de realização da pesquisa e o estágio da doença.^{8,14,30} A maioria dos estudos não utilizou métodos rigorosos de diagnóstico, como o proposto pela DSM-IV, na qual a prevalência de depressão pode ser menor em relação aos estudos que utilizaram apenas métodos de auto avaliação. Além disso, nem todos os estudos basearam-se em diagnósticos específicos, mas sim em classificá-los com base na sintomatologia.^{30,31}

Morrison e Mello em estudos que analisaram a população feminina demonstraram prevalência significativamente maior nas mulheres infectadas pelo HIV 19,4% e 25,8%, respectivamente, comparadas às soronegativas, outros, não encontraram associação significativa.^{14,25,32}

Quando analisada a população de acordo com o gênero, não houve diferença estatisticamente significativa para a presença de depressão (p 0,102). Estudos controlados que focalizaram a prevalência de depressão na população masculina e feminina infectada pelo HIV, demonstraram prevalência de 29% nos homens e 35% nas mulheres. Entretanto, independente do status sorológico para o HIV, a prevalência de depressão é mais elevada em mulheres do que em homens na população geral.¹⁴

Não houve diferença estatisticamente significativa quando avaliada a presença de depressão de acordo com o tipo de atendimento que o paciente estava recebendo (p 0,143). A epidemiologia da depressão em pacientes com doença clínica internados em hospital geral, submetidos a diversos tratamentos, com dor e gravemente enfermos apresentam taxas que variam de 19% a 50%, maiores do que aquelas encontradas em pacientes clinicamente estáveis atendidos em ambulatórios especializados.^{8,30}

Mais da metade dos entrevistados (15/55,6%) afirmou

ficar mais facilmente fadigado que de hábito. Tal estimativa correlaciona-se com a literatura, na qual a fadiga é uma das queixas mais frequentes e debilitantes em indivíduos HIV positivos, variando de 20% a 60%, sendo considerado um forte preditor das limitações físicas diárias.³³ Os sintomas vegetativos e somáticos que fazem parte dos critérios diagnósticos da depressão não são específicos e podem ter como causas hospitalização, tratamentos, ou a própria doença de base.^{8,30} Por isso o diagnóstico de depressão nos pacientes infectados pelo HIV pode ser difícil, pois vários sinais e sintomas importantes ao diagnóstico de depressão podem se sobrepor àqueles decorrentes da evolução natural da doença.^{33,34}

Os sintomas somáticos da depressão incluídos no BDI estão estreitamente associados à co-morbidades específicas ao diagnóstico do HIV podendo, os mesmos, ter comprometido os resultados do presente estudo. Recomenda-se que indivíduos que apresentem sintomas relacionados ao HIV sejam avaliados por instrumentos que não incluam sintomas somáticos.³³ O uso de escalas permite verificar a presença de sintomas depressivos auto-relatados, mas não substitui o diagnóstico feito por profissional experiente utilizando entrevista estruturada e critérios diagnósticos estabelecidos.⁸ Simon e Von Korff elucidaram a questão da validade dos sintomas somáticos para os critérios de depressão do DSM-IV. Com um estudo longitudinal acompanhando quase 500 indivíduos com depressão, com e sem co-morbidade física durante seis meses, observaram que os sintomas somáticos (fadiga, alterações de peso ou apetite, sono ou psicomotricidade) foram válidos para o diagnóstico e melhoraram com o tratamento antidepressivo da mesma maneira nos pacientes sem e com doença física crônica.³⁰ Furlaneto e colaboradores propõem que em entrevistas estruturadas, os sintomas somáticos não deveriam ser computados quando os mesmos puderem ser facilmente explicados pela doença de base ou hospitalização, ou seja, sintomas como fadiga e alterações de sono, apetite, peso e psicomotoras ajudam a corroborar o diagnóstico de depressão quando em excesso ao esperado para a condição física e seus tratamentos, e quando surgem associados temporalmente aos sintomas cognitivo-afetivos da depressão (humor depressivo, anedonia).³⁰

A maioria dos participantes (13/48,1%) possuía como escolaridade o primeiro grau incompleto. Neste grupo de pacientes, observou-se maior dificuldade na compreensão semântica das alternativas, com

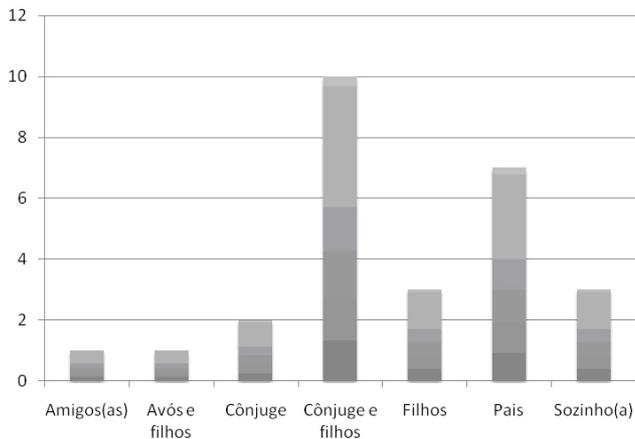
intervenções constantes do pesquisador para elucidar as dúvidas. Isto pode influenciar os resultados quando se utiliza escalas de auto-avaliação, que é o caso desse estudo.

A maioria dos participantes (16/59,3%) utilizava esquema antiretroviral. A má adesão ao tratamento antiretroviral está significativamente associada a quadros depressivos, assim, indiretamente, a depressão pode alterar curso da infecção pelo HIV de forma negativa afetando a adesão à terapia anti-retroviral.³¹ Indivíduos deprimidos apresentam menor adesão aos tratamentos, menos comportamentos favoráveis de auto-cuidado, maior prejuízo funcional, diminuição da qualidade de vida, aumento nos custos e pior prognóstico, com maiores morbidade e mortalidade.^{8,30,31,34}

Referências Bibliográficas:

1. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). Rev Bras Psiquiatr. 2003; 25(2): 114-22.
2. Matos EG, Matos TMG, Matos GMG. Depressão melancólica e depressão atípica: aspectos clínicos e psicodinâmicos. Estudos de Psicologia. 2006; 23(2): 173-179.
3. Del Porto JA. Conceito e diagnóstico. Rev Bras Psiquiatr. 1999; 21: 06-11.
4. Giavoni A, Melo GF, Parente I, Dantas G. Elaboração e validação da Escala de Depressão para Idosos. Cad Saúde Pública. 2008; 24(5): 975-81.
5. Matos EG, Matos TMG, Matos GMG. A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. Rev Psiquiatr RS. 2005; 27(3): 312-18.
6. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde, 10ª revisão. v. 1. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português; 1995.
7. Blatt SJ. Contributions of Psychoanalysis to the Understanding and Treatment of Depression. J Am Psych Assoc. 1998; 46:723-52.
8. Furlaneto ML, Del Moral JAG, Gonçalves AHB, Rodrigues K, Jacomino MLP. Diagnosticando depressão em pacientes internados com doenças hematológicas: prevalência e sintomas associados. J Bras Psiquiatr. 2006; 55(2): 96-101.
9. Tanajura D, Jesus RS, Tavares J, Oliveira IR. Prevalence of depression in different groups of inpatients at the University Hospital of Bahia, Brazil.

- Rev Bras Psiquiatr. 2002; 24(4): 182-5.
10. Lima MS, Colognesi L, Domingos NAM, Miyazaki COS, Valério NI. Depressão em pacientes clínicos e cirúrgicos internados em hospital geral. *Arq Cienc Saúde*. 2005; 12(2): 63-6.
 11. Steeds RP, Bickerton D, Smith MJ, Muthusamy R. Assessment of depression following acute myocardial infarction using the Beck depression inventory. *Heart*. 2004; 90: 217-218.
 12. Amaral GF, Jardim PCBV, Brasil MAA, Souza ALL, Freitas HF, Taniguchi LM, et al. Prevalência de transtorno depressivo maior em centro de referência no tratamento de hipertensão arterial. *Rev Psiquiatr RS*. 2007; 29(2): 161-68.
 13. Moreira RO, Papelbaum M, Appolinario JC, Matos AG, Coutinho WF, Meirelles RMR, et al. Diabetes mellitus e depressão: uma revisão sistemática. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2003; 47(1):19-29.
 14. Stumpf BP, Rocha FL, Proietti ABFC. Infecções virais e depressão. *J Bras Psiquiatr*. 2006; 55(2):132-41.
 15. Gorestein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiquiatr Clin*. 1998; 25:245-50.
 16. Montgomey SA, Asberg M. A new depression rating scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*. 1979; 134:382-9.
 17. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960; 23:56-62.
 18. Jay M, John OP. A depressive symptom scale for the california psychological inventory: construct validation of the CPI-D. *Psychol Assess*. 2004;16:299-309.
 19. Calil HM, Pires MLN. Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. *Rev Psiquiatr Clin*. 1998; 25(5): 240-4.
 20. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p12-13.
 21. Malbergier A, Schöffel AC. Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001; 23(3):160-7.
 22. World Health Organization. AIDS epidemic update, December 2007.
 23. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Aids/DST. ano IV nº 01, 2007.
 24. Ciesla JA, Roberts JE. Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *Am J Psychiatry*. 2001;158(95):725-30.
 25. Mello VA, Malbergier A. Depression in women infected with HIV. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006; 28(1):10-17.
 26. Cohen M, Hoffman RG, Cromwell C, Schmeidler J, Ebrahim F, Carrera G, et al. The prevalence of distress in persons with immunodeficiency virus infection. *Psychosomatics*. 2002; 43(1):10-5.
 27. Ickovics JR, Hamburger ME, Vlahov D, Schoenbaum EE, Schuman P, Boland RJ, et al. Mortality, CD4 cell count decline, and depressive symptoms among HIV-seropositive women: longitudinal analysis from the HIV epidemiology research study. *JAMA*. 2001;285:1466-74.
 28. Evans DL, Have TRT, Douglas SD, Gettes DR, Morrison M, Chiappini MS, et al. Association of depression with viral load, CD8 T lymphocytes, and natural killer cells in women with HIV infection. *Am J Psychiatry*. 2002;159:1752-9.
 29. Bouhnik A, Préau M, Vincent E, Carrieri MP, Gallais H, Lepeu G, et al. Depression and clinical progression in HIV-infected drug users treated with highly active antiretroviral therapy. *Antiviral Ther*. 2005;10:53-61.
 30. Furlanetto LM, Brasil MA. Diagnosticando e tratando depressão no paciente com doença clínica. *J Bras Psiquiatr*. 2006;55(1):8-19.
 31. Hartzell JD, Janke IE, Weintrob AC. Impact of depression on HIV outcomes in the HAART era. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. 2008;62:264-55.
 32. Morrison MF, Petitto JM, Have TT, Gettes DR, Chiappini MS, Weber AL, et al. Depressive and Anxiety disorders in women with HIV infection. *Am J Psychiatry*. 2002;159: 789-96.
 33. Barroso J, Sandelowski M. In the field with the Beck Depression Inventory. *Qualitative Health Research*. 2001;11(4):491-504.
 34. Valente SM. Depression and HIV disease. *Journal of the Association of Nurses in Aids Care*. 2003;14(2):41-51.

Gráfico 1 – Distribuição dos participantes de acordo com os indivíduos com quem habitavam.**Tabela 1** – Distribuição dos participantes de acordo com o grau de escolaridade.

Escolaridade	n	%
Primeiro Grau Completo	2	7,4
Primeiro Grau Incompleto	13	48,1
Segundo Grau Completo	1	3,7
Segundo Grau Incompleto	7	25,9
Terceiro Grau Completo	4	14,8
Total	27	100

Tabela 2 – Distribuição dos participantes de acordo com as limitações referidas.

Limitações	n	%
Sem limitações	6	22,2
Encontrar um parceiro(a) e constituir família	4	14,8
Medo de ser julgado socialmente	4	14,8
Isolamento social	3	11,1
Dificuldade para encontrar trabalho	1	3,7
Falta de apetite	1	3,7
Limitação motora	1	3,7
Limitação sexual	1	3,7
Mudança nas características físicas	1	3,7
Não soube responder	1	3,7
Preocupação com a saúde	1	3,7
Realizar atividades físicas	1	3,7
Sem esperança para o futuro	1	3,7
Sonho de ser pai	1	3,7
Total	27	100

Tabela 3 – Distribuição dos casos de depressão de acordo com o tipo de atendimento.

Atendimento	Depressão		Total
	Sim	Não	
Ambulatorial	2	8	10
Internado	6	7	13
Hospital-dia	3	1	4
Total	11	16	27

Tabela 4 – Distribuição dos casos de depressão de acordo com o gênero.

Gênero	Depressão		Total
	Sim	Não	
Feminino	7	5	12
Masculino	4	11	15
Total	11	16	27

Endereço para correspondência:

Profa. Dra. Rosemeri Maurici da Silva
 Rua Moçambique, 852, Rio Vermelho
 Florianópolis - SC
 CEP: 88060415
 E-mail: rosemaurici@hotmail.com