



**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE  
CURSO: ENFERMAGEM**

**VIVIANE FELIPE DE ALMEIDA  
PROF.<sup>a</sup> DRa. Patrícia Barra Barbosa Medeiros**

**DEPRESSÃO EM PACIENTES COM HIV - CUIDADOS DA  
ENFERMAGEM**

**NATAL/RN  
2013**

VIVIANE FELIPE DE ALMEIDA

## **DEPRESSÃO EM PACIENTES COM HIV - CUIDADOS DA ENFERMAGEM**

Projeto de pesquisa apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para conclusão da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso – Enfermagem.

**Orientadora:** Patrícia Barra Barbosa de Medeiros

NATAL/RN

2013

## RESUMO

Através de um levantamento bibliográfico, o presente estudo pretende abordar a tendência que os portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) têm para o desenvolvimento de doenças psiquiátricas, sobretudo para a depressão. Assim, será realizada uma abordagem que elencará alguns aspectos relacionados à AIDS, assim como sobre a depressão e, mais especificadamente sobre esta desordem psiquiátrica em portadores de VIH. Também serão elencada diversas das dificuldades e limitações enfrentadas por esses pacientes . Será investigada a importância do cuidado dirigido pelo profissional de enfermagem ao portador de HIV, na busca de meios de assistência condizentes com o seu padrão de vida no intuito de incentivar a prática do autocuidado. Além disso, será destacada a importância do diagnóstico e do tratamento dos transtornos depressivos para melhora da qualidade de vida dos pacientes infectados pelo HIV e portadores de transtornos depressivos, visto ser considerado como de grande eficácia o tratamento antidepressivo. Assim, pretende-se elencar os tratamentos antidepressivos que se encontram disponíveis, sendo para tanto discutido o quadro clínico da depressão, sua influência na evolução da infecção do HIV e o tratamento que deve ser direcionado para esta população.

**Palavras-chave:** Vírus da Imunodeficiência Humana. Depressão. Enfermagem.

## ABSTRACT

Through a literature survey, this study aims to address a trend that carriers of the Human Immunodeficiency Virus (HIV) have for the development of psychiatric illness, especially for depression. Thus, an approach that will be held some aspects related to AIDS, as well as about depression, and more specifically on this psychiatric disorder in patients with HIV, also enumerating many of the difficulties and limitations they face. Will investigate the importance of carefully directed by nursing staff to patients with HIV, in search of means of assistance consistent with their standard of living in order to encourage the practice of self-care. Also, will highlight the importance of diagnosis and treatment of depressive disorders to improve the quality of life of HIV-infected patients and patients with depressive disorders, as it is regarded as highly effective antidepressant treatment. Thus, it is intended to list the antidepressant treatments that are available, and for both discussed the clinical depression, their influence on the evolution of HIV infection and treatment should be directed to this population.

**Keywords:** Human Immunodeficiency Virus. Depression. Nursing.

## SUMÁRIO

|                                                                                          |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>                                                                 | <b>05</b> |
| <b>2 REFERENCIAL TEORICO.....</b>                                                        | <b>08</b> |
| 2.1 O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV).....                                        | 08        |
| 2.2 A DEPRESSÃO.....                                                                     | 12        |
| 2.3 O HIV E SUA RELAÇÃO COM A DEPRESSÃO.....                                             | 18        |
| 2.4 A IMPORTÂNCIA DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM NO<br>TRATAMENTO DO PORTADOR DE HIV..... | 22        |
| 2.5 TRATAMENTO INDICADO AO PORTADOR DE HIV.....                                          | 26        |
| <b>3 METODOLOGIA.....</b>                                                                | <b>29</b> |
| <b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>                                                     | <b>30</b> |
| <b>5 CONCLUSÃO.....</b>                                                                  | <b>31</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>                                                                  | <b>32</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com Fernandes (2010), atualmente a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) é avaliada como uma doença tendencialmente crônica haja vista os avanços terapêuticos nesta área. A infecção com esse vírus provoca uma incapacidade prolongada e progressiva, além de ser considerada como o paradigma da relação da doença médica com o aparelho psíquico. São diversas as peculiaridades inerentes a esta infecção que a tornam excêntrica, dentre tais destacam-se uma evolução clínica com grande variabilidade, a ampliação cada vez maior do tempo médio de vida, associando-se à precariedade do contágio, a alta comorbilidade e ao duplo padrão de infectado e infectante. Deste modo, tais doentes oferecem um risco majorado para o desenvolvimento de doenças psiquiátricas.

A manifestação desta infecção pode também provocar ou acentuar outras perturbações psiquiátricas e, ao revés, estas últimas levam ao avanço do risco de infecção, derivando em um prognóstico mais reservado. De outro modo, a constatação das manifestações psiquiátricas nos doentes com VIH pode ser de grande complicação em razão da intrincada complexidade psicológica, biológica e social anexa a esta entidade clínica, destaca Fernandes (2010).

Por diversas vezes os sintomas psiquiátricos passam despercebidos e, por consequência, sem tratamento.

Segundo Malbergier e Schöffel (2001), o HIV (*human immunodeficiency virus*) é caracterizado por tratar-se de um transtorno da imunidade celular, derivando em uma suscetibilidade maior a neoplasias e infecções oportunistas. Os autores abordam que o HIV tem se tornado elemento de empenho pelos psiquiatras, psicólogos e outros profissionais de saúde mental fundamentalmente por dois motivos: o impacto psicológico do diagnóstico, o tropismo do HIV pelo sistema nervoso central (SNC). Por tal motivo duas grandes áreas de interesses foram desenvolvidas, sendo que a primeira delas encontra-se situada nos perímetros da neurologia e da psiquiatria e tem como foco os resultados clínicos da ação do HIV e de outras patologias associadas, como neurocriptococose e neurotoxoplasmose no cérebro. A segunda está localizada nos perímetros entre a psicologia, a psiquiatria e as ciências sociais e observa as complicações psiquiátricas da infecção, as reações psicológicas e as repercussões sociais.

Em meio aos transtornos psiquiátricos notados mais comumente em indivíduos infectados pelo HIV, Malbergier e Schöffel (2001) elencam a depressão como a que mais prevalece, fazendo jus a sistemática investigação de sintomas depressivos nessa população. Tal investigação é essencial, visto que a depressão se trata de uma patologia com alto índice de melhora quando tratada, com inclusive os indivíduos infectados pelo HIV.

A depressão, conforme aponta Fernandes (2010), consiste numa patologia muito frequente, sendo avaliada como uma das razões principais que levam os indivíduos a buscarem uma consulta psiquiátrica. Acompanhada de elevada morbidade, a mesma traz consigo um impacto sócio-econômico relevante, além de ser apontada também como um dos motivos mais freqüentes que levam ao suicídio. que leva ao suicídio. Essa enfermidade é mais preocupante nesses indivíduos infectados com HIV, uma vez que esses são ainda afrontados com o isolamento, com o estigma social que cerca esta doença e com a deficiência de apoio social.

Segundo Fernandes (2010), é igualmente importante levar em conta que a depressão é capaz de influenciar o desenvolvimento da infecção pelo vírus do HIV, sendo que a preocupação maior dos distintos investigadores com a má adesão ao tratamento antiretroviral de tais doentes que, por consequência, contribuirá para a mais célere progressão da infecção. Mostrando-se como uma das doenças psiquiátricas mais presentes nesta população e que por inúmeras vezes passa despercebida, torna-se fundamental reconhecer e diagnosticar de modo correto e a tempo a depressão, no intuito de propiciar um eficaz tratamento ao seu portador.

O tratamento da depressão, como aponta Fernandes (2010), versa sobre abordagens psicoterapêuticas e terapia farmacológica, em última instância, electroconvulsivoterapia. A medicação, por sua vez, deve ser amoldada ao doente infectado pelo VIH, levando em consideração o debilitado estado imunitário do próprio sujeito e a polimedicação, que são capazes de levar a prejudiciais efeitos secundários num indivíduo já por si fragilizado. A mais conveniente medicação para esta patologia concerne ao grupo dos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (SSRIs), visto apresentarem um perfil comparativamente melhor com demais antidepressivos, em se tratando de efeitos colaterais e de segurança. É imprescindível o tratamento psicossocial no tratamento da depressão, sendo que há diversas abordagens psicoterapêuticas existentes eficazes no tratamento da depressão nos doentes infectados pelo VIH.

No decorrer deste estudo, o qual foi realizado por meio de um levantamento bibliográfico, abordaremos a etiologia da depressão em portadores de HIV e a influencia da depressão na evolução da infecção pelo vírus. Enfocaremos também as dificuldades e limitações enfrentados pelos pacientes, as as razões que tornam essa associação sub-diagnosticada e os tratamentos antidepressivos que se encontram disponíveis e a importância dos cuidados da enfermagem nesse contexto

## 2 REFERENCIAL TEORICO

### 2.1 O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV)

Tendo como agente etiológico o vírus do HIV (*Human Immunodeficiency Vírus* ou Vírus da Imunodeficiência Humana), a AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) ou SIDA (Síndrome da imunodeficiência adquirida) é uma síndrome que surge num momento posterior a infecção do organismo humano por esse vírus. . É uma síndrome pois consiste numa série de sintomas e sinais que, uma vez avaliados conjuntamente, assinalam uma doença. Imunodeficiência refere-se a inabilidade do sistema de defesa do organismo humano para se resguardar contra microorganismos invasores, tais como protozoários, vírus, bactérias, etc; e o termo adquirida é proveniente do fato de não ser inata, como o é as demais imunodeficiências (BRASIL, 2006).

Para Segurado (2001), a AIDS é uma doença que suplanta décadas e, além disso, é avaliada como uma pandemia por já ter sido notada na generalidade de continentes, no entanto, há ainda uma forte resistência entre os indivíduos em aceitá-la e entendê-la.

A AIDS segundo Sousa (2001), contemporaneamente é avaliada como um problema de saúde pública grave, seja pelos reflexos provocados pela doença quanto pelo considerável crescimento da quantidade de casos, consistindo uma das principais doenças que apresentam taxas de mortalidade elevadas, sendo que a situação é mais complexa em países em desenvolvimento, como o Brasil, não apenas porque é mais complexo impedir o desenvolvimento da doença, mas igualmente porque as implicações sociais e econômicas são mais graves, por serem países economicamente debilitados.

Assim, é imprescindível que o fenômeno da AIDS seja compreendido sob o ponto de vista orgânico/fisiológico e perceber os distintos fatores que constituem a doença em seus aspectos afetivos, psicossociais e ideológicos. A ampliação da possibilidade de sobrevivência pelos infectados pelo HIV induz a fontes novas de incertezas geradas pela renegociação que os doentes precisam realizar no que tange aos seus sentimentos de orientação para o futuro e esperança, aos seus papéis sociais e identidades, à sua qualidade de vida e às suas relações interpessoais.

Na concepção de Veronesi & Focaccia (1997), esta síndrome é uma manifestação clínica avançada da infecção pelo vírus HIV (HIV- 1 e HIV - 2), um retrovírus constituído de RNA, da família Retroviridae, da subfamília dos Lentivírus. Este grupo de vírus se manifesta por infecção constante, a respeito da resposta imune do hospedeiro. A infecção pelo HIV induz a desregulação imunitária, em razão da progressiva supressão, sobretudo da imunidade celular. Tais processos ao final desencadeiam neoplasias, infecções oportunistas e/ou manifestações como: caquexia, demência, trombocitopenia, dentre outras. Os autores também afirmam que a infecção pelo HIV clinicamente manifesta-se como um processo trifásico, sendo avaliada três fases clínicas: fase aguda; fase assintomática, de variável duração; e fase crônica, ordinariamente com progresso para doença grave.

Embora exista uma diversidade de estudos sobre a AIDS, até o momento não foi desvendando uma terapêutica de comprovada eficácia para a sua cura, havendo somente uma terapia mesclada de medicamentos anti-retrovirais e de estimuladores imunológicos , que tem por papel assessor na profilaxia de infecções oportunistas e dificultar a produção de novos vírus, destaca Andrade e Pereira (1999).

Na última década, como destacam Takahashi e Oliveira (2001), houve avanços significativos na terapêutica, bem como nos recursos para deter a evolução da doença. Contudo, a cura até o momento não foi alcançada apesar de todos os benefícios e progressos dos novos instrumentos disponíveis para o domínio da epidemia. Atualmente tem-se conhecimento de que esta síndrome interfere na vida cotidiana das pessoas, notadamente porque ela despertou na sociedade medos e “fantasmas”, induzindo na grande parte das vezes a discriminação do indivíduo portador do HIV/AIDS.

Nota-se, como exemplifica Ramos (2004), as múltiplas conseqüências e implicações de ordem sanitária que o HIV/AIDS tem, seja na ordem social, psicológica e familiar, que abrangem desde o isolamento, a rejeição social e o abandono, à doença e à morte, atravessando o medo e a ansiedade, os disfuncionamentos sexuais, a diminuição da autoestima, o sentimento de perda de controle e as perturbações familiares, socioeconômicas e profissionais. A doença extingue os laços e as afinidades do indivíduo com seu meio, isolando-o de demais indivíduos e da família, fragilizando sua inserção e seu suporte social e os elementos prejudiciais ao bem-estar e à saúde.

Os soropositivos, como aponta Moscovici (1978), vivenciam uma série inesperada de sintomas, de internamentos e de dificuldades psicossociais em razão da evolução da doença, tais como a perda do emprego, a estigmatização, e conseqüentes dificuldades econômicas, além do abandono pela família e amigos. Além de ser uma doença com conseqüências graves, sejam de ordem física quanto psicológica, a AIDS também consiste num fenômeno de natureza social seguido de processos de segregação fundamentados nos estigmas construídos socialmente e intensamente relacionados às representações sociais da doença.

Segundo Bardin (2002), torna-se indispensável associar as dimensões sociais e psicológicas ao processo saúde-doença. As habituais representações de experiências da AIDS apresentam os elementos morais e simbólicos que intervêm diretamente na generalidade das etapas do reconhecimento da doença, de reparo da saúde e de demanda de cuidados. Essa procura de sentido, intrínseco da identidade do sujeito e da de ator social, influi todas as atitudes e os comportamentos mediante a doença.

O HIV é transmitido através da via parenteral, sexual e vertical, como descreve Abbas (2005), e contamina principalmente as células que têm a molécula CD4. Depois da infecção aguda, o sistema imune controla a viremia e o sujeito entra em etapa de latência clínica. Ocorre uma deterioração gradual e contínua dos linfócitos T CD4+ (LTCD4) com taxa de declínio de 30 a 90 células/mm<sup>3</sup>/ano e, quando por fim o número destas significativamente desce, o paciente desenvolve a AIDS.

Juntamente com o sistema linfóide, o sistema nervoso é o alvo principal da infecção pelo HIV/AIDS, como assinalam Sadock e Sadock (2007), havendo possibilidade de ocorrer a ampliação de afecções mentais, como infecções oportunistas, demência associada ao HIV e neoplasias.

A depressão é condição comum experimentada por indivíduos em condições crônicas de doença, como destaca Reis *et al* (2011), o que provoca incapacidade, influenciando a evolução da doença e comprometendo a recuperação e, além disso, é avaliada como um potencial risco para o avanço da mortalidade, da morbidade e de condições médicas abundantes. O fenômeno da AIDS com frequência associa-se a transtornos psiquiátricos, como aponta Castanha *et al* (2006) e, dentre eles, a depressão é o mais comum, sendo que o diagnóstico da mesma e o tratamento

desse transtorno é de extrema valia para a melhora da qualidade de vida dos pacientes

A infecção pelo HIV e as desordens psiquiátricas segundo Reis *et al* (2011), denotam intrincada relação e têm granjeado especial atenção na última década, haja vista seu impulso na vida sexual, pessoal, ocupacional e social das pessoas que convivem com o HIV/AIDS.

Muitas vezes a depressão se desenvolve ao mesmo tempo em que uma doença clínica, sendo então avaliada como uma complicação da doença (ou de seu tratamento), o seu motivo ou apenas mera coincidência de caso; geralmente, consubstancia-se em uma relação demasiadamente complexa, por diversas vezes mal-interpretada e negligenciada com habitualidade. O mais frequente dos distúrbios psicológicos associados à doença clínica, a depressão é, concomitantemente, não diagnosticada e/ou não tratada (BRASIL, 1999).

Diante do exposto, denota-se que em meio aos profissionais que cuidam da saúde dos indivíduos, o enfermeiro é considerado como aquele profissional que, no processo de apoio ao portador de AIDS e de sua família, em todo o momento tem uma atuação relevante no sentido de propiciar a ambos a compreensão, a aceitação e o conhecimento acerca da doença.

## 2.2 A DEPRESSÃO

A expressão depressão é comumente interpretada como uma patologia de humor, que diretamente precisa ser identificada e tratada, e que não está relacionada ao caráter do indivíduo nem mesmo com a sua própria vontade, assinalam Cordás e Sassi-Junior (1998).

Sonenreich *et al* (1995) descrevem que, na psiquiatria, por sua vez, o termo depressão é empregado para indicar entidades nosológicas (depressão unipolar, psicose depressiva, depressão pós-esquizofrênica, transtorno depressivo maior), transtornos de humor ou sintomas (nos esquizoafetivos, alcoólicos, parkinsonianos, demenciados).

No contexto clínico, Assumpção-Junior (1998) explica que o termo depressão não diz respeito apenas a um humor deprimido, mas também a um complexo

sindrômico qualificado por uma multiplicidade de distúrbios somáticos e neurovegetativos, por mudanças de humor e psicomotricidade.

Segundo Assunção (1998), a depressão, de modo geral, é possível de ser definida como um processo que se distingue por humor depressivo e/ou irritável (adjunto à angústia e à ansiedade), lentificação dos processos psíquicos, desinteresse, redução de energia (desânimo, cansaço fácil), lentificação, parcial ou total incapacidade de sentir prazer e/ou alegria (anedonia), alteração do juízo de realidade, apatia ou agitação psicomotora, dificuldade de concentração e pensamentos negativos, com prejuízo da capacidade de esquematizar o futuro. A competência de crítica do estado mórbido pode ou não estar preservada. A gravidade e frequência dos sintomas variam demasiadamente de um deprimido a outro, podendo ser intermitentes ou preponderar lentidão física e mental com ansiedade e inibição, ou ainda agitação psicomotora intensa, acompanhada de alucinações, obnubilação da consciência e/ou ideias deliróides, na hipótese da depressão psicótica.

A fim de melhor compreender a questão da depressão, a mesma pode ser definida atualmente como um transtorno de humor ou afetivo, cuja perturbação principal é uma mudança do humor ou afeto. Segundo a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Classificação Internacional das Doenças – CID - 10, apurada pela Organização Mundial de Saúde – OMS (1993), as alterações de humor verificadas nos transtornos que anteriormente foram relacionadas, são geralmente seguidas de uma alteração no nível global de atividade e a maioria dos sintomas são subsidiários ou compreendida facilmente na totalidade de tais alterações, sendo que estas podem ou não estar ligadas a eventos estressantes, podendo surgir em qualquer faixa etária.

Os transtornos de humor segundo a CID - 10, podem ser definidos nas categorias seguintes: episódio depressivo, transtorno afetivo bipolar, episódio maníaco, transtornos persistentes do humor, dentre outros transtornos do humor e transtornos do humor não-especificado. Na generalidade dessas categorias, ocorrem subdivisões na intenção de auxiliar no diagnóstico do paciente. A distinção entre os graus de gravidade na realidade ainda continua sendo um problema, visto que os três graus de classificação definidos pela CID - 10 denominados leve, moderado e grave foram explicitados, visto que muitos clínicos anseiam tê-los disponíveis (OMS, 1993).

Ainda de acordo com a OMS (1993), o que consta na CID-10 é que a depressão ou episódio depressivo se caracteriza maiormente pelo sofrimento ocasionado pela perda de interesse e prazer, pelo humor deprimido e reduzida energia, induzindo a uma aumentada fadigabilidade e diminuída atividade. Além disso são verificados sintomas comuns em indivíduos que têm tal quadro: autoconfiança e autoestima reduzidas, sono perturbado, concentração e atenção reduzidas, visões desoladas e pessimistas de futuro, ideias de culpa e inutilidade, ideais ou atos autolesivos ou suicídio e diminuído apetite.

Na perspectiva médica, segundo Abreu (1989), a depressão classifica-se em uma categoria diagnóstica que sugere um estado patológico – ainda que seja esperado no contexto este patológico - e demanda tratamento, medicamentoso e/ou psicoterápico, visto localizar-se no limite entre o psicológico e o orgânico. Diversos autores centrados em um ponto de vista antropológico, já enfatizaram o problema de qualificar a depressão, considerando-se a heterogeneidade de significados que os designados sintomas depressivos adquirem nas distintas culturas. Conforme referida abordagem, é possível notar como a adaptação desta categoria diagnóstica para os grupos populares, em razão da insignificante fronteira que espaça o psicológico do moral, dá-se sob o viés da moralidade. E, deste modo, o HIV e suas consequências não abonam este estado emocional, mas são utilizados para especificar uma condição social.

A depressão para Guimarães e Cunha (2004) é avaliada como uma síndrome psiquiátrica, que abrange a perda do prazer ou interesse, o humor deprimido, bem como as alterações do funcionamento biológico, dentre outros. Os sintomas podem apresentar duração prolongada ou curta, sendo verificadas importantes manifestações, com reflexos na vida dos indivíduos, as quais comprometem o dia a dia dos indivíduos, seja no âmbito familiar como no âmbito socioeconômico, na medida em que se revelam, asseguram os autores. Além disso, comprometem também os aspectos subjetivos, tais como os pensamentos, os sentimentos e as emoções. Por fim, vale destacar que são capazes de também comprometer a habilidade de enfrentamento das circunstâncias que determinam tomadas de decisões.

Guimarães e Cunha (2004) observam não ser possível afirmar que a depressão apenas constitua uma dor passageira em virtude das frustrações, perdas, fracassos, dentre outros acontecimentos dos quais o ser humano nem sempre pode

evitar. Dentre as alterações que integram a síndrome depressiva, é possível citar: ansiedade, choro imotivado, tristeza patológica, medo, perda do interesse sexual, distúrbio da atenção, redução de energia, irritabilidade, anedonia, redução do rendimento, mau-humor, lentificação do pensamento, distorção da realidade, lentificação, distúrbios do sono e redução ou aumento do apetite.

Ainda conforme os autores, no caso do episódio depressivo maior, há ainda mostras de agitação psicomotora, perda de prazer ou de interesse nas atividades cotidianas, culpa imprópria ou exagerada, sentimentos de desvalia, pensamentos repetitivos de morte, ideação suicida ou até tentativas de suicídio.

Os sintomas depressivos para Melo (1999) podem apresentar variada duração (episódios recorrentes, únicos, breves ou crônicos) e com diferentes intensidades (comprometimento no funcionamento do cotidiano de modo grave, moderado ou leve).

Muitos indivíduos, segundo aponta Nogueira-Martins (2003), fazem uma confusão entre a depressão e a tristeza, luto ou uma “fase ruim” e a cominam aos problemas diários ou mesmo ao estresse. A depressão pode surgir como uma resposta a situações reais, em razão da reação vivencial depressiva, no momento que se depara mediante a fatos aborrecedores, desagradáveis ou diante de perdas ou frustrações. Neste caso trata-se de uma réplica aos conflitos íntimos e determinados por fatores vivenciais. Pode surgir, ainda, seguida ou visivelmente motivada por situações anímicas, onde determinados anseios, perspectivas futuras e objetivos de vida representam-se intrapsiquicamente negativamente.

A depressão é avaliada como um problema de saúde tão presente quanto a diabetes e a hipertensão apontam Menezes e Nascimento (2000), sendo estimado que em virtude de sua frequência 15% a 25% da população geral padece deste transtorno, ou seja, dentre cada quatro pessoas uma irá realizar ao menos uma vez na vida tratamento para esse quadro.

Aproximadamente 24 a 30 milhões de pessoas no Brasil apresentam ou apresentarão ao menos um episódio depressivo no decorrer da vida. Indivíduos de ambos os sexos, de todas as idades, raças, etnias e condições sociais podem vir a tê-lo, sendo que as mulheres representam o grupo mais vulnerável, na magnitude de duas a três para cada homem, descrevem Souza *et al* (2004).

No que tange à idade, a depressão com frequência ataca os adultos em fase produtiva, além de adolescentes, crianças e idosos. Os sintomas depressivos no

adolescente são similares aos demonstrados pelos adultos, porém apatia, quadros de raiva, queda no rendimento escolar e comportamento agressivo também podem se manifestar, destaca Melo (1999).

Segundo Castanha *et al* (2006), o transtorno depressivo é reconhecido na contemporaneidade como um problema de saúde pública em atendimento médico primário, por seu reflexo corriqueiro na vida de pacientes e familiares e por sua prevalência. Os autores descrevem a depressão como uma sensação persistente e constante de que o indivíduo não tem valor, o mundo não tem sentido e de que não há expectativa para o futuro.

De acordo com Fernandes (2010), a depressão é uma perturbação afetiva, incapacitante frequentemente e com um amplo impacto na qualidade de vida destes doentes, assim como no aspecto sócio-econômico. Além disso, desempenha ainda efeitos diretos e indiretos na adesão à terapêutica e mortalidade dos mesmos e na morbidade. É profundamente debilitante, havendo probabilidade de prolongar-se por meses ou anos caso não seja instituído um tratamento eficaz, além disso afeta o desenvolvimento de demais patologias, prevenindo ou retardando a sua recuperação.

Segundo Maj (1996), a depressão em pacientes soropositivos encontra-se relacionada a inúmeros fatores, como à invasão do sistema nervoso central pelo HIV, por tumores intracranianos ou por infecções oportunistas; ao impacto psicológico da descoberta da infecção, princípio dos sintomas físicos, progresso da doença e dos limites por ela cominados e as intrincadas questões psicossociais envolvidas. Por fim, o autor relaciona o HIV àquelas populações com maior incidência de quadros depressivos (usuários de drogas intravenosas e homossexuais), que é capaz de apressar o quadro em indivíduos propensos e faz, ainda, uma associação, a eventualidade, entre a depressão e a infecção.

Fernandes (2010) também identifica a depressão como uma perturbação psiquátrica com etiologia multi-causal, em que envolvem-se fatores sociais, biológicos e psicológicos na etiopatogênese da depressão em indivíduos que convivem com a infecção pelo HIV. É de vasta complexidade a etiologia da depressão e em muito ainda desconhecida, sendo capaz de frequentemente ser qualificada em três sub-tipos: exógena, endógena e psicogênea. A depressão endógena é em sua grande maioria provocada por fatores biológicos, especificamente genéticos, inventariados com o próprio indivíduo, não havendo

afinidade concreta ou harmônica entre o momento depressivo e ocasionais aspectos vivenciais exteriores ao sujeito.

A susceptibilidade genética, como destaca Fernandes (2010), demonstra uma função primordial no desenvolvimento de depressão, apresentando um risco maior em sujeitos com histórico familiar de perturbações afetivas e com manifesta dependência de álcool. As alterações metabólicas, o próprio estado nutricional do indivíduo e a sua mais ampla submissão a infecções oportunistas são capazes de relacionar uma predisposição maior a depressão.

A depressão exógena (sintomática, orgânica ou tóxica) tem extraordinária seriedade no que diz respeito ao diagnóstico diferencial com a infecção pelo HIV. Em nível cerebral, os efeitos diretos do próprio vírus são capazes de inclinar o indivíduo à depressão. Além disso, a exposição a agentes farmacológicos determinados é capaz de acrescer o risco da sua manifestação, sobretudo os fármacos que compõem o esquema terapêutico antiretroviral, assim como o abuso de substâncias ilícitas, aponta Fernandes (2010).

Avaliando-se as informações levantadas sobre a depressão, destaca-se a imprescindibilidade do apoio seja social, emocional, informativo e instrumental por parte dos amigos, familiares e pela própria sociedade, como meio de satisfazer às necessidades do sujeito. Ademais, considera-se que alargou-se a esperança média de vida dos doentes seropositivos em decorrência do avanço no tratamento antiretroviral, de modo que a qualidade de vida passou a ser instrumento de uma investigação intensa e de pesquisa na esfera da infecção pelo HIV.

Pelos motivos elencados, bem como em razão do considerável impacto emocional do HIV e de seus efeitos na vida íntima, social e ocupacional de seus portadores, justifica-se atribuir especial cautela quanto aos problemas psicológicos e psiquiátricos conexos a tal infecção, pretendendo o seguinte tópico fazer uma análise da relação existente da mesma com a depressão.

## 2.3 O HIV E SUA RELAÇÃO COM A DEPRESSÃO

As alterações psicológicas ou psiquiátricas podem ser provocadas em decorrência da descoberta do diagnóstico do HIV ou integrar a história pregressa do indivíduo soropositivo, sendo que nas duas circunstâncias existe a necessidade de

ser avaliada a necessidade de encaminhamento para um profissional de saúde mental. Estudos evidenciam que indivíduos portadores de transtornos psiquiátricos são capazes de oferecer uma maior dificuldade em relação a adesão a tratamentos de enfermidades crônicas, dentre as quais encontram-se o HIV/AIDS (BRASIL, 2008).

A depressão tem sua elevada prevalência na população infectada por HIV, todavia adverte-se a importância de casos de depressão serem diferenciados de momentos de entristecimento corriqueiros à vivência e problemas de aceitação de uma doença. Com frequência, o diagnóstico de HIV provoca um processo de luto, de circunstâncias de perda, simbólica ou concreta. Os sentimentos provocados através do diagnóstico e o tempo gasto para reestruturar-se pessoalmente para encarar o problema são , mecanismos necessários e normais para a conservação de um equilíbrio psíquico que afiance uma vida satisfatória qualitativamente. A equipe de saúde precisa atentar-se a esse momento de vida do indivíduo em tratamento a fim de acolhê-la e assegurar a possibilidade das orientações terapêuticas serem seguidas, não danificando a adesão ao tratamento.

O distúrbio depressivo, como ressalta Scaff (2002), é capaz de comprometer intensamente a aderência ao tratamento. Indivíduos com HIV + deprimidos denotam risco maior de não-adesão em relação aos demais que não tem tal transtorno. Ademais, destaca-se que os estados depressivos do humor associam-se com frequência à manifestação de crenças negativas sobre a enfermidade e sentimentos de desesperança, de forma que o sujeito não sinta motivação para cuidar de sua própria saúde e não creia em suas capacidades.

A fim de lidar com as requisições do tratamento em graves quadros de depressão, condutas ou ideias suicidas podem sobrevir, sendo que o indivíduo deprimido propende ao não reconhecimento de suas desenvolturas para o enfrentamento da doença e tende também a não observar os meios disponíveis a auxiliá-lo a lidar com sua dificuldade de saúde. Nestas hipóteses, intervenções psicológicas e psiquiátricas são indispensáveis, de forma a controlar o quadro depressivo, beneficiando o indivíduo a retomar seu autocuidado e a melhorar sua adesão (BRASIL, 2008).

Manifestações de ansiedade, como sentimento de apreensão, palpitações, inquietação, insegurança física, temor ou ameaça, dentre outras, podem acontecer em diversas situações características, tais como o medo da revelação do

diagnóstico e de rejeições explícitas e implícitas; o receio de contaminar parceiros e/ou filhos; as mudanças do esquema terapêutico, por intolerância ou falência; a variação na carga viral e também as dificuldades relacionadas à prática de sexo seguro. O tempo que se passa aguardando o resultado de exames é capaz de provocar uma crise intensa de ansiedade em determinados pacientes, havendo por isso a necessidade de uma atenção especial e, por diversas vezes, uma assistência psicológica.

O início do tratamento, onde se verifica a possibilidade da manifestação de eventos adversos, é capaz de provocar um quadro de ansiedade, havendo indivíduos que ao tomarem conhecimento do presumível episódio de eventos adversos, seja através da leitura de bulas quanto pela aquisição de informações com profissionais ou seus pares, ficam sobrecarregados e preocupados com o uso do(s) medicamento(s), de modo a induzir a sintomas mais intensos de ansiedade, sendo, portanto, relevante que os profissionais envolvidos neste processo se encontrem devidamente instrumentalizados para percepção de sinais de depressão e ansiedade tão logo eles se dêem, ministrando assim o diálogo e escuta, e impedindo a manifestação de eventuais temores infundados (BRASIL, 2008).

Segundo Moraes *et al* (2006), desde o início da pandemia da AIDS, uma diversidade de manifestações psiquiátricas tem sido reconhecida, as quais com maior frequência acometem esta população se comparada à população geral, sendo o transtorno depressivo maior (TDM) uma das moléstias psiquiátricas mais corriqueiras e mais subdiagnosticadas em tais sujeitos. Não bastando sua gravidade e incurabilidade, o sujeito se depara com a sensação de morte frequentemente e não raramente se depara com reações de discriminação e de exclusão social. Os portadores de HIV/AIDS também deparam frequentemente com eventos estressores, o que aumenta o risco de desenvolvimento da depressão na proporção de três a quatro vezes, entre os quais os conflitos conjugais e familiares, as doenças físicas, o desemprego, os problemas financeiros, entre outros.

Comumente os sujeitos infectados pelo HIV são avaliados como deprimidos pelos profissionais da saúde e, especialmente, pelos psicólogos e psiquiatra, sendo tal depressão conferida a fatores diferentes, tais como a agudização de problemas neuropsiquiátricos anteriores, o comprometimento do sistema nervoso central pela ação do vírus e conseqüências e resultados do diagnóstico de soropositividade para o HIV, mais justamente, à possibilidade de morte (ABREU *et al.*, 1989).

Segundo Abreu *et al.* (1989), a depressão surge ainda ligada aos sentimentos de "culpa" e "vergonha" enquanto identifica o doente a procedimentos "desviantes": a prostituição, o homossexualismo, a promiscuidade sexual e a utilização de drogas injetáveis. Diante desta realidade, a depressão é avaliada como uma reação "normal" enquanto se revela os sentimentos de "perda" frutos do diagnóstico e/ou doença.

Os autores evidenciam também que a maioria dos pacientes com HIV são jovens, em entrada de suas carreiras e vida afetivas, e que inesperadamente se vêem impedidas de perspectivas e planos de desenvolvimento, devendo assim aprenderem a suportar não apenas tais perdas, mas também a perda de sua anterior imagem corporal (...), de amigos e eventualmente de companheiro/as, de rendimento econômico e trabalho. A tal série de perdas adiciona-se a constante sensação da presença da morte e a precocidade desta evolução nos limites dos recursos terapêuticos disponíveis (Abreu *et al.*, 1989, p. 118).

Eidam *et al* (2005) em seu estudo relata que é estimado que a depressão incida em 22 a 45% das pessoas com HIV/AIDS, sendo que fatores sociais e psicológicos, como conflitos conjugais, dificuldades no relacionamento afetivo-sexual e exclusão social têm sido recomendados como causas possíveis da depressão na população soropositiva ao HIV. Ademais, a depressão tem sido associada a alterações na função imunológica, com abatimento de atividade das células *natural killer* e dos linfócitos, gerando considerável impacto no progresso da infecção pelo HIV. O diagnóstico e o tratamento de depressão em indivíduos que convivem com o HIV/AIDS apesar disso incidem em somente 40 a 50% dos casos.

Os exames para detectar o HIV, como aponta Deitos (1997), comportam um vultoso estresse psicológico, sendo recomendável uma assistência tanto no pré como pós-exame. Não obstante, é comum que pacientes, informados de sua soropositividade, desenvolvam transtornos de adaptação e transtornos ansiosodepressivos seguidamente ao teste, ressalta Kiffer (1996).

Deitos (1997) e Rachid e Schechter (2008) asseguram que a prevalência de depressão na população HIV positiva é aproximadamente duas vezes maior do que na população geral, fazendo jus a sistemática necessidade de investigação de sintomas depressivos nessa população. Neste sentido, Malbergier e Schöffel (2001) destacam que a depressão consiste numa patologia que apresenta elevado índice de melhora se tratada, essencialmente em sujeitos infectados pelo HIV.

Na medida em que o tratamento clínico do HIV apresenta indiscutíveis avanços, o apoio emocional ao paciente, auxiliando-o a relacionar com questões de ordem afetiva, vitais para a incorporação de práticas volvidas para o autocuidado, consiste ainda em um objeto de consequências do despreparo que abrange o trato psicossocial da doença (SCHAURICH e CROSSETTI, 2008).

O transtorno depressivo na particular hipótese da infecção pelo HIV seria antecedente à infecção, decorrência da individualidade do sujeito, do espaço em que ele vive e da qualidade de ser portador do vírus, ressalta Silva (2003). Ao se verificar o motivo da depressão nos pacientes não se pode olvidar do peso psicológico do diagnóstico e da coexistência com uma doença tão estigmatizada, dos problemas para se acostumar aos seus efeitos colaterais, ao número de medicações e a todos os exames indispensáveis, bem como com o caráter crônico da doença, entre outros.

#### 2.4 A IMPORTÂNCIA DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DO PORTADOR DE HIV

A Enfermagem tem se destacado nos últimos tempos como uma forma de promoção e de humanização de cuidados para com os indivíduos, que são considerados, em sua essência, como o motivo da Enfermagem existir, ressalta Waldow (2001). Deste modo, o presente tópico pretende abordar sobre a importância do cuidado dirigido pelo profissional de enfermagem ao portador de HIV, a fim de ressaltar o quão importante é a promoção da saúde em infectados pelo HIV ou até mesmo daqueles que se encontram em fase avançada da infecção, ou seja, com AIDS, na busca de meios de assistência condizentes com o seu padrão de vida no intuito de incentivar a prática do autocuidado.

A Enfermagem é avaliada como uma profissão futurista e, por mais que a tecnologia se desenvolva será difícil criar máquinas que consigam preencher a necessidade do cuidado proporcionado pelos profissionais de Enfermagem, visto que as tecnologias não põe em prática as interações humanas o sorriso, o olhar, a escuta e o toque, possibilitando que os indivíduos assistidos discutam acerca de suas pretensões, das suas famílias, de seus medos, de sua vida e do passado. Apenas os seres humanos têm a oportunidade de voltar-se para outro ser humano,

interatuar com ele e se relacionar. A Enfermagem, assim, por assessorar as pessoas apresentam tal oportunidade de poder empregar no decorrer de sua assistência a recíproca interação com o paciente, como ressalta Molina *et al.* (2004), sendo estas, maiormente, para auxiliá-los a impetrar uma qualidade de vida melhor.

Waldow (2001) explica que, a fim de que cuidado se desenvolva em sua plenitude, o cuidador precisa propagar experiência e conhecimento na prestação de informações, na atuação das atividades técnicas e na educação ao paciente e sua família. Diversos autores crêem que a tarefa do enfermeiro é ponderada, sobretudo, como meio de auxiliar o portador de HIV/AIDS a ter uma vida melhor ou uma morte menos dolorida, visto que o enfermeiro não se volta apenas à prática profissional, mas também ao lado humano e espiritual do indivíduo, explica Pequeno (1998).

Repetto e Souza (1999) abordam que alguns enfermeiros possuem problemas no relacionamento com o paciente com HIV/AIDS fora de possibilidades terapêuticas, visto que sua formação foi mais direcionada à fisiopatologia, de forma a levá-lo a negligenciar os aspectos psicológicos e emocionais imprescindíveis para o bom desenvolvimento da assistência.

O enfermeiro, como explica Pequeno (1998), apresenta-se como uma base para o paciente, o que é demonstrado através do ato de ensinar, ouvir, confortar e deixá-los notar que não sentem medo deles e nem de sua doença. O objetivo do enfermeiro é a prevenção da dor, o alívio e a manutenção da vida.

Schaurich e Crossetti (2008) analisam que, mais presentemente, o cuidado é avaliado como uma das ações essenciais, que ambiciona a manutenção da vida. Assim, a promoção da saúde é assinalada como essencial para o cuidado, imediatamente, é fundamental e deve ser ponderada como um subsídio de melhoria da qualidade de vida, provocando condições para uma vida mais saudável e em prol dos portadores de HIV/AIDS.

Segundo Sousa *et al.* (2000), é imperativo que os profissionais de enfermagem entendam que o portador de HIV e que a sua família adoecem conjuntamente padecendo de todas as dúvidas e confusões que surgem no decorrer da experiência de convívio com a doença. Diante da experiência de cuidar de indivíduos com HIV e de seus familiares, o enfermeiro precisam estar preparado a assisti-los, objetivando tornar mínimo o medo e o preconceito que são atribuídos à doença, devendo se prender a seriedade de resguardar a experiência de vida e os princípios de cada sujeito e sua família.

Segundo Carpenito (1999), o enfermeiro precisa explorar a percepção dos membros da família como seu plano de cuidado, ponderando a situação, de modo a conferir um atendimento personalizado, na busca de contrair uma aceitação e confiabilidade maior por parte da família. Não se pode deixar de ponderar a importância de gerar a verbalização da raiva, culpa, remorso, etc e de notar se a família não conhecia as práticas sexuais ou de drogas do cliente antes do diagnóstico, induzindo-a a partilhar seus sentimentos. Tais intervenções são capazes de auxiliar a manutenção da estrutura familiar e de seu papel como unidade de apoio.

Sousa *et al* (2000) menciona que o cuidar de enfermagem transpõe o assistir situado nas técnicas, no fazer ou em processos de enfermagem, abarca o ver e abordar o doente e seus familiares como indivíduos particulares, que se localizam em uma ocasião inesperada e indesejada de sua existência, que necessita de cuidados humanizados. Assim, o cuidado de Enfermagem pode ser compreendido como uma afinidade entre os indivíduos que ambicionam uma transformação através de suas relações de cuidar, com objetivo de desenvolver a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde.

Cunha *et al.* (2009) explicam que o cuidado de Enfermagem não agencia exclusivamente o bem-estar mental e físico dos sujeitos, pelo contrário, envolve também a generalidade de ações do enfermeiro na produção de assistência, as quais precisam ser concretizadas mediante a informação, educação, comunicação e do gerenciamento, tendo por objetivo acolher as necessidades dos clientes ligadas à sustentação da saúde como espécie de sua natureza de ser vivo.

O cuidado em saúde pretende também a mais ampla resolubilidade dos problemas de saúde dos usuários dos serviços. Sob este aspecto o enfermeiro agenciar o cuidado sob o prisma da Promoção da Saúde.

A consulta de enfermagem é uma modalidade de atendimento que permite mudanças no estilo de vida, o que é tão essencial atualmente para o controle e tratamento das doenças. Através da consulta de Enfermagem, enfermeiros se voltam para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, preparando-os para o autocuidado. Vale destacar também que a consulta de Enfermagem é uma ação regularizada e regida pelo Decreto nº 94.406/1987 (BRASIL, 1986).

A Resolução COFEN-159/93 em seu artigo 1º, por sua vez, traz consigo a obrigatoriedade da consulta de Enfermagem para o desenvolvimento da assistência

de Enfermagem em todos os âmbitos de assistência à saúde, seja em instituição privada ou pública (Resolução COFEN-159/1993, 2009).

Avalia-se o potencial da consulta de Enfermagem, portanto, como meio idôneo de identificação não apenas das necessidades específicas dos portadores de HIV/AIDS, mas também como meio de manifestação de demais demandas pertencentes ao dia-a-dia destes, como a seriedade de resguardar e sustentar a qualidade de vida, uma rede social de apoio, ajuda psicológica na assistência da depressão e da ansiedade e aderência ao tratamento. Considera-se, portanto, a consulta de Enfermagem como fundamental para o incentivo de habilidades para o autocuidado e instrução aos familiares e/ou cuidadores e desenvolvimento de estratégias para modificação de comportamento, propiciando assim educação em saúde e agenciando a qualidade de vida, seja de forma individual ou atingindo os indivíduos abrangidos no cuidado destes. O alcance deste desígnio objetiva propiciar não somente a sobrevivência a tais portadores de HIV/AIDS, mas do mesmo modo a conservação de uma vida com dignidade e mínimas probabilidades de complicações.

De acordo com Carvalho (2010), os enfermeiros oferecem subsídio às pessoas infectadas nas diversas áreas de saúde, de tal modo que necessitam da compreensão acerca do distúrbio e precisam conhecer as consequências físicas e psicológicas que se relacionam ao seu diagnóstico, assim como buscar o aperfeiçoamento em suas condutas rotineiras, adotar medidas de precaução para evitar exposição acidental ao vírus, assim como carecem de habilidades experientes quanto ao histórico e tratamento clínico para ajustar um eficiente cuidado para portadores de HIV/AIDS.

O papel da Enfermagem, portanto, é reforçado como responsável pelo restabelecimento da saúde do paciente, com a implementação de práticas educativas e assistenciais que estimem o ato de se cuidar.

É função do enfermeiro operar no oferecimento de cuidados de enfermagem e, para tanto, ele adere aos métodos de ajuda recomendados por: agir ou fazer para o outro; apoiar o outro; guiar o outro; harmonizar um ambiente que gere o desenvolvimento pessoal, quanto a se tornar competente de atender demandas atuais ou futuras de ação, com o escopo de auxiliar o sujeito a se cuidar, concentrando suas ações nas reivindicações ou pré-requisitos de autocuidado (OREM, 2001).

O autocuidado deve compor um dos desígnios da assistência de Enfermagem, por permitir que a participação ativa do paciente seja estimulada no seu tratamento, ao racionar com o enfermeiro a responsabilidade nos resultados e na implementação da assistência.

## 2.5 TRATAMENTO INDICADO AO PORTADOR DE HIV

Avalia-se que o paciente acometido pelo HIV/AIDS pode sofrer uma diversidade de consequências profissionais, familiares, psicossociais e orgânicas, alcançando deste modo o indivíduo em sua totalidade, e refletindo em diversos aspectos da vida, como na capacitação social, na produtividade e na qualidade de vida. Assim, é imprescindível que estratégias de acompanhamento e de educação em saúde sejam adotadas com o fim de auxiliar a adoção de hábitos saudáveis pelos pacientes com esse perfil e, conseqüentemente, melhorar sua qualidade de vida.

Conforme Antoni (1997), relatos de 1992, fruto das pesquisas desenvolvidas pela Universidade de San Francisco na Califórnia (UCSF), que acompanharam 330 homens que apresentavam sorologia positiva para o vírus HIV, os homens que apresentaram sinais de depressão mais rapidamente desenvolveram AIDS e apresentaram uma taxa de mortalidade duas vezes maior do que aqueles não deprimidos no decorrer dos três primeiros anos do estudo, o que comprova que a depressão precipita a evolução da AIDS e que, em pessoas infectadas pelo vírus HIV, algum desconhecido fator viral coopere tanto com a depressão quanto com o dano ao sistema imunológico. Entretanto, este estudo amplia a possibilidade de que o tratamento da depressão dilate o declínio do sistema imunológico em indivíduos HIV positivos.

O fenômeno da depressão, no contexto da soropositividade, para Carvalho *et al* (2006), tem implicações e características próprias por influenciar diretamente a adesão ao tratamento, dentre outros fatores. Para Melchior (2000), muitos são os fatores capazes de intervir na adesão ao tratamento, entre os quais é possível enfatizar as questões relacionadas à saúde mental, sendo que segundo o autor, há menor aderência de indivíduos com quadros depressivos e ansiedade. Neste mesmo sentido, Malbergier (2001) expõe que um paciente deprimido tem a

tendência de não anuir ao tratamento, a não ingerir as medicações que lhe foram prescritas, além disso, tende a não acatar as orientações médicas, sem contar o risco aumentado de suicídio e, em se tratando do soropositivo, tem a tendência de não experimentar sentimentos de culpa, raiva, ansiedade e autopiedade.

Os transtornos de humor são relativamente fáceis de tratar, explica Paproch apud Louzã-Neto *et al* (1995), contudo a maior parte dos deprimidos ao menos busca atendimento médico e, metade dos que o fazem, procuram tratamento inicial com clínicos gerais e de outras especialidades; a outra metade é racionada entre os que são atendidos pelo psiquiatra para tratamento específico e os que fazem psicoterapia.

Antes de se iniciar o tratamento da depressão demanda-se um diagnóstico qualificado e uma avaliação médica, ao lado de uma sadia aliança terapêutica (Hirschfeld, Goodwin, 1992).

Segundo Louzã-Neto e Betarello (1994), ao encontrar-se diante de um paciente deprimido, o clínico precisa buscar definir quais aspectos seriam capazes de determinar o quadro antes de recomendar o tratamento. Os quadros depressivos orgânicos demandam o tratamento da principal patologia, muitas vezes anexo ao tratamento com medicamentos. Nas hipóteses depressivas endógenas é recomendado o tratamento farmacológico, não eliminando, todavia, a necessidade da psicoterapia. A abordagem nos quadros reativos, neuróticos e existenciais é especialmente psicoterápica, não obstante, em razão da gravidade da depressão, seja indicado em alguns casos o uso de antidepressivo.

Para além do tratamento médico, se mostram também extremamente importantes que se evite o isolamento social e exista apoio psicológico, uma vez que a depressão associa-se à progressão da infecção pelo HIV.

Um dos elementos mais respeitáveis a ser estimado no tratamento do paciente deprimido é o tratamento psicoterápico, que segundo Hirschfeld e Goodwin (1992) propende aos específicos aspectos da condição depressiva, ou seja, cognição, afeto e comportamento, e é delineado para mitigar o transtorno, não para transformar o caráter.

As apropriadas intervenções psicoterápicas geram alívio sintomatológico, majoram a vinculação ao tratamento em geral e assessoram no processo de reorganização psíquica do paciente. Entretanto, deverá ser requerida a colaboração

do psiquiatra nos casos mais complexos ou quando existir necessidade de aprofundar o nível de abordagem psicológica (Louzã-Neto, Betarello, 1994).

Segundo Castanha *et al.* (2007), a manifestação da doença origina preocupação acerca das condições gerais de vida, dentre as quais se destaca a qualidade de vida dos sujeitos infectados pelo HIV, o que ocorre, essencialmente, como consequência do elemento traumático do diagnóstico e do seu reflexo na individualidade do portador do vírus, visto que estes vivenciam ameaças nos aspectos emocionais, físicos e sociais, havendo de se ponderar também o avanço da expectativa de vida conferido pelo emprego dos antirretrovirais (ARV); os métodos de prevenção e de controle; a busca pelos sistemas de saúde, além de táticas para promover a adequação e a ampliação do bem-estar dos portadores do HIV.

### 3 METODOLOGIA

O método empregado para o estudo do tema em evidência foi o de revisão bibliográfica, para Almeida (1992), tal método consiste no levantamento, seleção e fichamento de documentos, que objetivam o acompanhamento da evolução de um assunto, atualizando conhecimentos e revelando as contribuições teóricas, culturais e científicas que tenham sido publicadas sobre o tema.

Nesse sentido, complementa Rampazzo (1998) ao definir a revisão bibliográfica como uma investigação da literatura corrente ou retrospectiva, que tem por finalidade conhecer as contribuições científicas efetuadas acerca do assunto adotado como tema de pesquisa.

A pesquisa realizada foi desenvolvida por meio das bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online), MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde) e publicações científicas concernentes ao tema em estudo e literatura bibliográfica.

Para o desenvolvimento do mesmo, foram utilizados os seguintes descritores: Vírus da Imunodeficiência Humana, Depressão e Enfermagem. Foram empregados como critérios de abrangência os artigos registrados na língua portuguesa que abordavam sobre a temática.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente trabalho foi realizado com base em obras e artigos científicos pertinentes ao tema, sendo de considerável diversidade o número de autores que enfocam o tema, o que demonstra que o problema da associação da depressão à infecção pelo HIV/AIDS é notoriamente conhecido e, embora haja uma boa quantidade de trabalhos que abordem esta problemática, é interessante que haja mais autores interessados em retratar o tema, visto sua importância.

O presente estudo atingiu seu objetivo de analisar de modo sucinto os efeitos dos sintomas de depressão em indivíduos com HIV/AIDS, discutindo as peculiaridades do diagnóstico e do tratamento da depressão em sujeitos infectados pelo HIV.

Verificou-se que, a condição de sorologia positiva para o vírus HIV implica certamente em diversas alterações orgânicas ou físicas, sociais e psicológicas. Além das alterações orgânicas ou físicas, portanto, ressaltam-se aquelas de ordem psicológica, sendo a mais comum delas a depressão, provocada pelo estresse em razão da condição de sorologia positiva para o vírus HIV. Por este motivo, frequentemente, o HIV/AIDS se associa a transtornos psiquiátricos, sendo a depressão o mais prevalente e o mais comum deles.

É indispensável, portanto, um diagnóstico precoce e apropriado do tratamento da depressão, mostrando-se, para tanto, de relevante importância a consulta de enfermagem, por possibilitar mudanças no estilo de vida dos pacientes a intervenção de enfermeiros que os preparem para o autocuidado, oferecendo subsídio e ministrando práticas educativas e assistenciais que estimem o ato de cuidar.

Mostra-se, assim, de extrema importância a atuação do profissional de enfermagem, que impreterivelmente tem que estar bem preparado tanto no que diz respeito aos aspectos fisiopatológicos quanto psicológicos dos portadores do HIV/AIDS, a fim de que possa suplantar seus preconceitos e suas emoções, proporcionando uma assistência apropriada e positiva aos mesmos.

## CONCLUSÃO

Como foi visto neste estudo, a infecção pelo HIV/AIDS frequentemente associa-se a transtornos psiquiátricos, sendo a depressão o mais comum deles. Assim, é importante que os transtornos depressivos sejam diagnosticados e tratados, o que certamente assegurará melhor qualidade de vida aos pacientes. Resultou o entendimento de que, além das diversas alterações orgânicas ou físicas, a condição de sorologia positiva para o vírus HIV provoca, também, alterações sociais e psicológicas, dentre as quais a depressão se destaca, atingindo o equilíbrio físico, emocional e social do indivíduo, refletindo nas relações familiares e com o meio, assim como o seu modo de ser e até o seu trabalho comprometido.

Ficou demonstrado que a depressão associa-se a estigma e provoca negativo impacto no bem-estar psicológico das pessoas, sendo necessária, eficaz e imprescindível a atuação dos profissionais de enfermagem para atenuar o desenvolvimento dos transtornos mentais de depressão. Todavia, menciona-se que, a possibilidade de redução no percentual da depressão não decorre apenas da intervenção de enfermagem, mas também do próprio processo de enfrentamento da doença, pois quando o paciente passa a ter mais conhecimento acerca da doença, passa a lidar melhor com as mudanças que o HIV causa e melhor responde à terapia.

Conclui-se, por fim, que as presumíveis associações do HIV com os níveis de depressão e a atuação do profissional de enfermagem diante deste quadro, demonstram a necessidade deste profissional estar bem preparado, tanto no que diz respeito aos aspectos da fisiopatologia quanto aos psicológicos, a fim de suplantar seus preconceitos e suas emoções e oferecer uma assistência apropriada e positiva a pacientes portadores do HIV/AIDS.

## REFERÊNCIAS

- ABBAS, A. K. **Doenças da imunidade**. In: Patologia – bases biológicas das doenças, 7 ed. Rio de Janeiro : Ed. Elsevier, p.203-280, 2005.
- ABREU, P. Depressão e Déficit Cognitivo em Pacientes com SIDA-AIDS. Achados preliminares-HCPA. **Revista da Amrigs**, 33 (2):117-122, 1989.
- ALMEIDA, M. L. **Como elaborar monografias**. Belém (PA): CEJUP, 1992.
- ALVES, PC., and RABELO, MC. orgs. **Antropologia da saúde**: traçando identidade e explorando fronteiras [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, 1998. 248 p. ISBN 85-7316-151-5.
- ANDRADE, J. G.; PEREIRA, L. I. A. **Manual prático de doenças transmissíveis**. 5. ed. rev. ampl. Goiânia: IPTS-UFG/HDT, 1999. p. 26-45.
- ANTONI, M. H. **Administração do Estresse**: Estratégias que Funcionam. In: GOLEMAN, D. e GURIN, J. (ed.). Equilíbrio Mente Corpo Como Usar Sua Mente para uma Saúde Melhor. Rio de Janeiro, Campus, 1997, p. 327-338.
- ASSUMPÇÃO-JUNIOR, F. B. **Tristeza e depressão**: diagnóstico diferencial. *Pediatria Moderna*. 1998;34(3):126-30.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Persona, 2002.
- BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico AIDS**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/udtv/link31.htm> .Boletim. Acesso em: 16 de set. 2013.
- BRASIL, M. A. Comorbidade – Depressão e Doenças Clínicas. **Revista Depressão e Comorbidades**. São Paulo: Edição Única, 1999, pp.37-43.
- BRASIL. **AIDS**: etiologia, diagnóstico e tratamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Assembléia Nacional Constituinte de 1988. Rio de Janeiro: COFEN; 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de DST e Aids**. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 130 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Manuais; n. 84).
- CARPENITO, L. J. **Planos de cuidado de enfermagem e documentação diagnóstica de enfermagem e problemas elaborativos**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 1999.

CARPENITO, L. J. **Planos de cuidado de enfermagem e documentação-diagnóstico de enfermagem e problemas elaborativos**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

CARVALHO, C. M. de L. **Avaliação prospectiva de parâmetros de saúde em portadores do HIV mediante consulta de enfermagem**. Fortaleza, 2010.

CASTANHA, A. R.; COUTINHO, M. da P. de L.; SALDANHA, A. A. W; RIBEIRO, C. G. **Repercussões Psicossociais da Depressão no Contexto da Aids**. Universidade Federal da Paraíba. Repercussões Psicossociais da Depressão no Contexto da Aids. Psicologia Ciência e Profissão, 2006, 26 (1), 70-81.

CASTANHA, A. R.; COUTINHO, M. P. L.; SALDANHA, A. A. W.; RIBEIRO, C.G. Avaliação da qualidade em soropositivos para o HIV. **Estud Psicol**, v.24, n.1 p.23-31, 2007.

CORDÁS, T. A; SASSI-JUNIOR, E. Depressão: Como diagnosticar e tratar. **Revista Brasileira de Medicina**. 1998;54(edição especial):61-8.

CUNHA, R. R.; PEREIRA, L. S.; GONÇALVES, A. S. R; SANTOS, E.; RADÜNZ, V.; HEIDEMANN, I. T. S. B. T. Promoção da saúde no contexto paroara: possibilidade d cuidado de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v.18, n.1, p.170-176, 2009.

DEITOS, F. et al. **Transtornos Psicossomáticos em Imunologia**. In: DEITOS, F. et al. (ed). Diálogo Corporal: mito de Zéfiro e Flora. Santa Maria, Kaza do Zé, 1997, p. 153-170.

DEL PORTO, J. A. **Conceito de depressão e seus limites**. In: Lafer B, Almeida O. P., Fraguas Jr R, Miguel EC. Depressão no ciclo da vida. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.

EIDAM, C.L.; LOPES, A.S.; OLIVEIRA, O.V. Prescrição de Exercícios Físicos para Portadores do Vírus HIV. **R. bras. Ci e Mov**. 2005; 13(2):7-15.

EIDAM, C.L.; LOPES, A.S.; OLIVEIRA, O.V. Prescrição de Exercícios Físicos para Portadores do Vírus HIV. **R. bras. Ci e Mov**. 2005; 13(2):7-15.

FERNANDES, P. B. Estudo da Depressão nos doentes infectados pelo HIV. **Mestrado Integrado de Medicina**. Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Abril, 2010.

GUIMARÃES, R. M.; CUNHA, U. G. V. **Sinais e sintomas em geriatria**. São Paulo: Atheneu, 2004.

HIRSCHFELD, R. M.; GOODWIN, F. K. **Transtornos do humor**. In: Tabbott J, Hales R, Yudofsky S. Tratado de Psiquiatria. São Paulo: Artes Médicas; 1992. p.321-7.

KIFFER, C. R. V. et al. **Aconselhamento e Exames para o HIV**. In: LIMA, A. L. L. et al. (ed). HIV/AIDS: Perguntas e Respostas. São Paulo, Atheneu, 1996, p.75-92.

LOUZÃ-NETO, M. R.; BETARELLO, S. V. Depressão: como diagnosticar e tratar. **Revista Brasileira de Medicina**. 1994;50(edição especial):41-9.

LOUZÃ-NETO, M. R; MOTTA, T.; WANG, Y; ELKIS, H. **Psiquiatria Básica**. São Paulo: Artes Médicas; 1995. 974p

MALBERGIER, A. e SCHÖFFEL, A. Tratamento de Depressão em Indivíduos Infectados pelo HIV. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2001; 23 (3): 160-167.

MALBERGIER, André and SCHOFFEL, Adriana C. Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV. **Rev. Bras. Psiquiatr.** [online]. 2001, vol.23, n.3, pp. 160-167. ISSN 1516-4446.

MELO, A. L. N. **Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. p.30-9.

MENEZES, P. R; NASCIMENTO, A. F. **Epidemiologia da depressão nas diversas fases da vida**. Porto Alegre: Artmed; 2000. p.21-6.

MOLINA, M. A. S; GONZAGA, M. T. C; OLIVEIRA, M. L. F. Cuidado e enfermagem: reflexões sobre essa parceria. **Arq Apadec**, v. 8, suppl., p.1414-7149, 2004.

MORAES, M. J; OLIVEIRA A. C. P.; TOSTES, M. A. **AIDS e psiquiatria**. In: Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: interconsulta e emergência, 2.ed. São Paulo : Ed. ARTMED, p.373-394, 2006

MOSCOVICI, S. A. **Representação social na psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1978.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. **Residência médica: estresse e crescimento**. Psychiatry on Line Brazil 1998[citado 2003 Mar 23]; 3(10): [cerca de 11 p.]. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/arquivo/resid2.htm>. Acesso em 16 de set. 2013.

OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. 6ª ed. St. Louis: Mosby, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento da CID - 10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Coord. Organiz. Mund. da Saúde. Tradução de Dorgival Caetano, Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PEQUENO, M. L. R. **As representações sociais dos enfermeiros sobre o trabalho com os portadores do HIV/AIDS** [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1998.

PUPULIN, Á. R. T.; BERTOLINI, D. A.; LONARDONI, M. W.; SHIMAUTI, E.; JUNIOR, E. M. S.; MOTTA, D. D et al. Influência do apoio psicossocial para pacientes com infecção pelo vírus HIV. **Rev Panam Infectol**, v.9, n.1, p.9-14, 2007.

RACHID, M.; SCHECHTER, M. **Manual de HIV/AIDS**. 9a ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. 222p.

RAMOS, N. **Psicologia clínica e da saúde**. Lisboa: Universidade Aberta, 2004.

RAMPAZZO L. **Metodologia científica para alunos de graduação e pós-graduação**. São Paulo (SP): Stilian, 1998.

REIS, R. K; HAAS, V. H. A; SANTOS, C. B. DOS; TELES, S. A; GALVÃO, M. T. G; GIR, E. Sintomas de Depressão e Qualidade de Vida de Pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 19(4): jul.-ago. 2011.

REPETTO, M. A; SOUZA, M. F. **Congruência entre o enfermeiro e o paciente com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida quanto aos conceitos: percepção da doença e imagem corporal**. Acta Paul Enferm 1999; 12(2): 85-93.

SADOCK, B. J; SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**, 9.ed. Porto Alegre : Ed. ARTMED, p.406;572-580;741, 2007.

SCAFF, I. C. **Adesão de pacientes HIV-soropositivos aos anti-retro-virais: inquérito epidemiológico em Cuiabá**. 2002. Dissertação (Mestrado)–Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, 2002.

SCHAURICH, D.; CROSSETTI, M. G. O. O elemento dialógico no cuidado de enfermagem: um ensaio com base em Martin Buber. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.12, n.3, p.544-548, 2008.

SEGURADO, A. A. C. **AIDS**. Disponível em: <[http://ids-saude.uol.com.br/psf/medicina/tema34\\_definicao.asp](http://ids-saude.uol.com.br/psf/medicina/tema34_definicao.asp)>. Acesso em: 10 de set. 2013.

SILVA, N. F. **Associação entre o diagnóstico adaptativo, indicadores de evolução clínica e o teste de relações objetais em pacientes com infecção pelo HIV-1, doentes ou não**. 2003. 182f. Dissertação (Mestrado em Medicina) Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu (SP), 2003.

SONENREICH, C. I; ESTEVÃO, G.; FRIEDRICH, S.; FILHO, L. M. S. A. S. A evolução histórica do conceito de depressão. **Revista ABP-APAL**. 1995;17(1):29-40.

SOUSA, A. F. O humano com AIDS e a convivência em família. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 9, n. 2, pt. 1, p. 186-196, maio/ago., 2000.

SOUSA, M. M. O. **SIDA: E a vida continua**. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros; 2001.

SOUZA, J. C.; GUIMARÃES, L. A. M; BALLONE, G. J, organizadores. **Psicopatologia e psiquiatria básicas**. São Paulo: Vetor; 2004. p.25-9.

TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA, M. A. de C. **A operacionalização do conceito de vulnerabilidade no contexto da saúde da família**. Disponível em: < <http://ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema6/texto34> >. Acesso em: 10 fev. 2003

VERONESI, R; FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. São Paulo: Atheneu, 1997. cap. 8, p. 83-85.

WALDOW, V. R. **Cuidado Humano: o resgate necessário**. 3ª ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Weekly epidemiological record**. Disponível em: <http://www.who.int/wer>. Acesso em 13 de set. 2013.