

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**

**FACULDADE DE FISIOTERAPIA**

Cíntia Marques Faria

**LIMITAÇÕES E INCAPACIDADES FUNCIONAIS EM PORTADORES DE  
HIV/AIDS AVALIADAS ATRAVÉS DA CATEGORIA MOTIVAÇÃO DO  
CORE SET DA CIF PARA DEPRESSÃO**

**Juiz de Fora**

**2017**

**CÍNTIA MARQUES FARIA**

**LIMITAÇÕES E INCAPACIDADES FUNCIONAIS EM PORTADORES DE  
HIV/AIDS AVALIADAS ATRAVÉS DA CATEGORIA MOTIVAÇÃO DO  
CORE SET DA CIF PARA DEPRESSÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Graduação da  
Faculdade de Fisioterapia da Universidade  
Federal de Juiz de Fora como requisito  
parcial para obtenção do título de Bacharel  
em Fisioterapia.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Cláudia Helena Cerqueira Mármora – UFJF

Co-orientador: Mestre em Psicologia Lucam Justo de Moraes – UFJF

JUIZ DE FORA

2017

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Faria, Cíntia Marques.

Limitações e incapacidades funcionais em portadores de hiv/aids utilizando o core set para depressão de acordo com a cif / Cíntia Marques Faria. -- 2017.

48 f.

Orientador: Cláudia Helena Cerqueira Mármora

Coorientador: Lucam Justo de Moraes

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Fisioterapia, 2017.

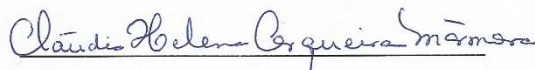
1. CIF. 2. Funcionalidade. 3. Depressão. 4. Desmotivação. 5. HIV/ AIDS. I. Mármora, Cláudia Helena Cerqueira, orient. II. Moraes, Lucam Justo de, coorient. III. Título.

Cíntia Marques Faria

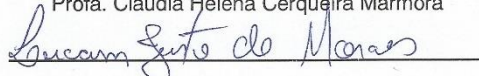
**“LIMITAÇÕES E INCAPACIDADES FUNCIONAIS EM  
PORTADORES DE HIV/AIDS UTILIZANDO O CORE SET  
PARA DEPRESSÃO DE ACORDO COM A CIF”**

O presente trabalho, apresentado como pré-requisito para aprovação na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II, da Faculdade de Fisioterapia da UFJF, foi apresentado em audiência pública a banca examinadora e **aprovado** no dia 10 de julho de 2017.

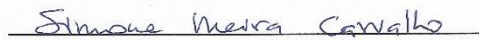
BANCA EXAMINADORA:



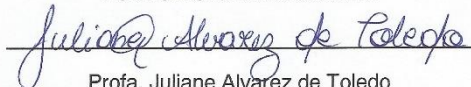
Profa. Cláudia Helena Cerqueira Marmora



Lucam Justo de Moraes



Profa. Simone Meira Carvalho



Profa. Juliane Alvarez de Toledo

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por ter me permitido realizar esse sonho. Aos meus pais, com certeza sem eles seria impossível chegar até aqui, agradeço pelo suporte que deram em toda minha trajetória, muitas vezes priorizando minhas necessidades e deixando as suas em segundo plano. Ao Rodrigo por ter torcido por mim, se alegrado com as minhas vitórias e ter sido compreensivo nos momentos difíceis.

Agradeço a minha orientadora, que foi super-receptiva ao meu pedido de orientação e que com toda sua competência e generosidade me proporcionou um trabalho excepcional, com ele adquiri conhecimentos que levarei por toda a minha jornada. Ao meu co-orientador pela disponibilidade e a minha banca Lilianny e Juliane, obrigada por toda a contribuição que me deram.

Agradeço aos meus amigos da faculdade, com eles eu passei a maior parte do meu tempo nos últimos cinco anos e juntos tivemos muitos momentos de descontração e também de crescimento.

## RESUMO

**Introdução:** O HIV é um retrovírus que infecta as células do sistema imunológico, sendo os linfócitos TCD4 os principais hospedeiros. Em 2015 houve 2.1 milhões de novas infecções pelo HIV ao redor do mundo. De acordo com a CIF funcionalidade e incapacidade são o resultado de uma interação entre características intrínsecas da pessoa e fatores contextuais. O termo *core set* nesta classificação refere-se ao conjunto de categorias que descreve de forma típica a funcionalidade das pessoas com determinada condição de saúde. Neste contexto a depressão é um estado que reduz a aderência ao tratamento antirretroviral, interfere na qualidade de vida, no resultado do tratamento e na funcionalidade. **Objetivos:** verificar o estado de saúde funcional e mental dos portadores de HIV/AIDS atendidos no programa para tratamento e prevenção de DST/ AIDS da prefeitura de Juiz de Fora – MG; traçar o perfil sociodemográfico dos participantes; verificar os possíveis impactos dos sintomas de depressão sobre a motivação e capacidade funcional e o possível impacto da carga viral e nível de linfócitos TCD4 sobre os níveis de depressão e desmotivação. **Resultados:** A maioria dos participantes era do sexo masculino; solteiros; católicos; não haviam completado o primeiro grau; estavam empregados e tinham entre 31 a 40 anos. O grupo analisado apresentou nível de depressão severa, evidenciando forte correlação entre o nível de desmotivação e de depressão. **Conclusão:** A população atendida no SAE-JF segue a tendência de idade, feminização e pauperização da epidemia. Por meio de atividades de educação em saúde podem ser fornecidas informações sobre os modos de transmissão e prevenção ao HIV. A depressão e a desmotivação interferem na funcionalidade dos indivíduos e tendem a diminuir sua participação social. O fisioterapeuta pode planejar programas de tratamento com objetivo de melhorar fatores que causem desmotivação, sendo exemplos disso, dor, fadiga e outras condições limitantes. Melhores resultados na assistência ao paciente com AIDS são obtidos por uma equipe multidisciplinar, na qual o fisioterapeuta está inserido.

**Palavras-chaves:** CIF. Funcionalidade. Depressão. Desmotivação. HIV/AIDS.

## ABSTRACT

**Introduction:** The HIV is a retrovirus which infects the cells of the immune system, being the TCD4 lymphocytes the main host. There were 2.1 million new HIV infections worldwide in 2015. On ICF functionality and disability are a result of an interaction between the person's intrinsic characteristics and contextual factors, the term core set refers to the set of ICF categories that typically describe the functionality of people with a particular health condition. Depression has a significant negative impact on HIV infected patients, reducing adherence to antiretroviral treatment, quality of life, treatment outcome and functionality. **Objectives:** Verify the functional and mental health status of patients with HIV/ AIDS treated on the Program for Treatment and Prevention of STD/ AIDS of the town hall of Juiz de Fora-MG; draw the sociodemographic participant's profile; verify the possible impact of depression symptoms on motivation and functional capacity and the possible impact of the viral load and CD4 lymphocyte's level on the level of depression and motivation of the participants. **Results:** The majority of participants were male; singles; Catholics; hadn't completed junior school; were employed and were between 31 – 40 years old. The analyzed group presented severe depression, there's a strong correlation between the demotivation level and depression. **Conclusion:** The population attended at SAE-JF follows a trend of age, feminization and pauperization of the epidemic. Through activities of health education, information about the transmission modes and prevention of HIV can be transmitted. Depression and demotivation interfere with individual's functionality and tend to diminish their social participation. The physiotherapist can plan treatment programs with the objective of improving factors that cause demotivation, for example, pain, fatigue and other limiting conditions. Better outcomes in patient care are obtained by a multidisciplinary team, including physiotherapists.

**Keywords:** ICF. Functionality. Depression. Demotivation. HIV/ AIDS.

## LISTA DE SIGLAS

AIDS - *Acquired Immunodeficiency Syndrome*

HIV - *Human Immunodeficiency Virus*

OMS - Organização Mundial de Saúde

UNAIDS - Programa das Nações Unidas em HIV/ AIDS

SINAM - Sistema Nacional de Atendimento Médico

TARV - Terapia Antiretroviral

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde

HAM-D17 - *Hamilton Rating Scale for Depression*

IADL - *Activities of Daily Living*

BDI-II - Inventário de Depressão de Beck- Segunda edição

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SAE – Serviço de Atendimento Especializado

HAD – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição sociodemografica dos participantes .....	22
Tabela 2: Distribuição dos participantes em relação ao nível de depressão.....	24
Tabela 3: Distribuição dos participantes em relação ao nível de linfócitos TCD4 .....	24
Tabela 4: Distribuição dos participantes em relação à carga viral .....	25
Tabela 5: Distribuição dos participantes em relação ao nível de desmotivação .....	25
Tabela 6: Nível de correlação entre as variáveis analisadas.....	25

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução .....</b>	<b>11</b>
1.1 A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde .....	13
1.2 HIV/ AIDS: Associação com a depressão, limitações e incapacidades funcionais.....	14
1.3 Motivação e Depressão .....	17
<b>2. Objetivos.....</b>	<b>18</b>
2.1 Objetivo geral .....	18
2.2 Objetivos específicos .....	18
<b>3. Hipótese .....</b>	<b>19</b>
<b>4. Métodos .....</b>	<b>19</b>
4.1 Tipo de estudo.....	19
4.2 Amostra.....	19
4.3 Aspectos éticos .....	20
4.4 Instrumentos.....	20
4.5 Procedimentos.....	20
4.6 Análise estatística .....	21
<b>5. Resultados .....</b>	<b>22</b>
5.1 Análise do perfil sociodemográfico .....	22
5.2 Análise do possível impacto da carga viral, nível de linfócitos de tcd4 e nível de depressão sobre a motivação e capacidade funcional dos participantes.....	23
<b>6. Discussão .....</b>	<b>26</b>
<b>7. Conclusão .....</b>	<b>31</b>
<b>8. Referências .....</b>	<b>32</b>
<b>9. Anexos</b>	
ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética.....	37
ANEXO 2 – <i>Beck Depression Inventory-II</i> .....	40
ANEXO 3 – <i>Core set</i> da CIF para depressão .....	41
<b>10. Apêndices</b>	
APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	45
APÊNDICE 2 – Questionário Sociodemográfico.....	48

## 1. Introdução

A identificação em 1981, da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, habitualmente conhecida como AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*), tornou-se um marco na história da humanidade. A epidemia da infecção pelo HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) e da AIDS representa fenômeno global, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros determinantes, do comportamento humano individual e coletivo (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2000).

De acordo com o guia prático *HIV in Primary Care* (2016), o HIV é um retrovírus que infecta as células do sistema imunológico, sendo os linfócitos TCD4 os principais hospedeiros. A presença de gripe é comum nas primeiras semanas após a infecção, mas o paciente também pode permanecer assintomático. Durante essa fase, chamada de infecção primária pelo HIV, uma grande quantidade do vírus está se replicando. Uma vez que os sintomas da infecção primária pelo HIV diminuem, um estágio assintomático se inicia; o tempo que esse estágio leva para progredir para uma doença sintomática varia amplamente. Por fim, os valores normais de células TCD4 não podem ser mantidos e as respostas do sistema imune ficam comprometidas; ao mesmo tempo a quantidade de vírus no sangue (carga viral) começa a aumentar. O paciente infectado pelo HIV é dito portador da AIDS quando desenvolve certas condições, como: pneumonia, citomegalovírus, leucoencefalopatia multifocal progressiva, dentre outras. Os linfócitos são as únicas células que possuem receptores específicos para antígenos, sendo os principais mediadores da imunidade adquirida. Os linfócitos T são responsáveis pela imunidade celular. As células TCD4 ajudam os linfócitos B a produzir anticorpos e as células fagocitárias a ingerir os microrganismos. Os linfócitos TCD8 destroem as células infectadas por microrganismos intracelulares (ABBAS; LICHTMAN, 2009).

O HIV tipo 1 (HIV-1) e o HIV tipo 2 (HIV-2) foram introduzidos na população humana por transmissão zoonótica do vírus da imunodeficiência símia, que naturalmente infecta chimpanzés e gorilas ou o macaco africano, respectivamente. O HIV-1 é mais patogênico em humanos e é distribuído mundialmente, enquanto que a infecção pelo HIV-2 é limitada geograficamente e mais localizada na África Ocidental. O HIV-1 e o HIV-2

têm como alvo os mesmos tipos de células, usando ambos o mesmo receptor e os mesmos co-receptores para entrada do vírus (DILLEY et al., 2011 apud GAO et al., 1999; GAO et al. 1992; HISCH et al., 1989; MCCUTCHAN, 2006).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Programa das Nações Unidas em HIV/ AIDS (UNAIDS), houve 2.1 milhões de novas infecções pelo HIV ao redor do mundo em 2015, adicionadas a um total de 36.7 milhões de pessoas vivendo com HIV. (REPORT OF THE GLOBAL AIDS EPIDEMIC, 2016). No Brasil, de acordo com o boletim epidemiológico HIV/AIDS (2016) de 2007 até junho de 2016, foram notificados no Sistema Nacional de Atendimento Médico (SINAM) 136.945 casos de infecção pelo HIV, distribuídos regionalmente conforme apresentado na tabela 1.

**Tabela 1-Distribuição regional dos casos de HIV/AIDS notificados no SINAM de 2007 a junho de 2016**

<b>Região</b>	<b>Casos notificados</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Sudeste	71.396	52.1
Sul	28.879	21.1
Nordeste	18.840	13.8
Centro-Oeste	9.152	6.7
Norte	6.868	6.3
<b>Total</b>	<b>136.945</b>	<b>100</b>

Fonte: Boletim Epidemiológico HIV/ AIDS (2016)

Desde 1996, ano da publicação da Lei 9.313, o Ministério da Saúde garante o acesso ao tratamento antirretroviral a todas as pessoas que vivem com HIV e que tenham indicação de recebê-lo, conforme as recomendações terapêuticas vigentes no Brasil. Após a introdução da Terapia Antiretroviral (TARV), estudos como o de Pacheco et al. (2008) e o de Smith et al. (2010) tem mostrado aumento na sobrevivência de indivíduos infectados pelo HIV e, mais recentemente, um aumento na frequência de causas de morte não relacionadas a AIDS em portadores do vírus (GRINZTEJN et al., 2013). A meta primária da TARV é a supressão sustentada da carga viral que, por sua vez, leva a vários benefícios. A supressão do HIV no início da doença não leva somente ao aumento substancial das células TCD4, mas também a um aumento no número de células TCD8 e tende a uma normalização da relação das células CD4:CD8 (AL-HARTHIA et al., 2000).

A TARV efetiva também pode atenuar infecções oportunistas e o desenvolvimento da AIDS (KAPLAN et al., 2000).

### **1.1 A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**

A Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF) pertence à “família” das classificações internacionais desenvolvida pela OMS para aplicação em vários aspectos da saúde. A CIF foi endossada pela Assembleia Mundial de Saúde em maio de 2001 para criar uma linguagem comum em todo espectro da funcionalidade e incapacidade humanas. Ela apresenta um sistema de classificações dos domínios e categorias da funcionalidade humana que pode ser usado para descrever a experiência de saúde e incapacidade e prover uma linguagem comum para comunicar múltiplos aspectos do cuidado ao paciente. Nela o quadro conceitual da funcionalidade e incapacidade é baseado em um modelo biopsicossocial, em que ambas são o resultado de uma interação complexa entre características intrínsecas pessoais, fatores contextuais e ambientais. A CIF organiza a informação em dois domínios distintos: (1) Funcionalidade e Incapacidade e (2) Fatores Contextuais. Cada domínio tem dois componentes: Funções do corpo e atividades e participação e fatores ambientais e pessoais, respectivamente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004). Dentro de cada componente, existe uma lista extensa de categorias (representadas por códigos), que são as unidades da classificação. Com suas 1.454 categorias, a CIF aborda de forma completa a funcionalidade humana, o que a torna uma classificação extremamente abrangente e significa uma grande vantagem, porque aumenta seu poder descritivo. Contudo, este também é um dos maiores desafios ao seu uso prático. Para aumentar a aplicabilidade da classificação, ferramentas embasadas na CIF devem ser desenvolvidas para as necessidades dos usuários. Uma solução foi o desenvolvimento dos *core sets* da CIF (RIBERTO, 2011 *apud* B. USTUN; S. CHATTERJI; N. KOSTANJSEK, 2004). Esses *core sets* representam as principais características da classificação para determinadas doenças (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

O termo *core set* é originado na língua inglesa e pode ser traduzido como “conjunto principal” ou “itens essenciais” e refere-se ao conjunto de categorias da CIF que descreve de forma típica a funcionalidade das pessoas com uma determinada

condição de saúde. A ideia por trás dos *core sets* da CIF é que, ao invés de avaliar 1.454 aspectos da funcionalidade das pessoas, devem-se avaliar apenas aquelas categorias que são típicas e significativas numa determinada condição de saúde (CIEZA et al., 2004<sup>2</sup>). Para cada condição de saúde foram estabelecidos tanto *core sets* abrangentes como *core sets* resumidos. Enquanto os *core sets* abrangentes têm de 55 a 130 categorias, esse número varia de 9 a 39 nos *core sets* resumidos (RIBERTO, 2011).

Na literatura, existem poucas pesquisas que abordam o *core set* da CIF para depressão. Um dos trabalhos mais importantes sobre esse tema é de Cieza et al. (2004), que objetiva informar sobre o consenso que integrou evidências a partir de estudos preliminares para desenvolver a primeira versão do *Core Set* CIF abrangente e do *Core Set* CIF resumido para depressão. Este estudo mostra que as 121 categorias do *core set* abrangente da CIF para depressão são formadas de 37% do componente funções do corpo, 40% do componente atividade e participação e 23% do componente fatores ambientais. Nele nenhuma categoria do componente estrutura do corpo foi selecionada, a inclusão da categoria s110, referente à estrutura do cérebro foi discutida entre os diferentes especialistas. No final de uma longa discussão, foi decidido que o cérebro é uma estrutura relevante do corpo, mas não uma estrutura indispensável para descrever compreensivelmente a funcionalidade e saúde de pacientes com depressão.

## **1.2 HIV/AIDS: associação com a depressão, limitações e incapacidades funcionais**

O transtorno depressivo maior ou depressão é caracterizado por episódios distintos de pelo menos duas semanas de duração envolvendo alterações nítidas no afeto, na cognição e em funções neurovegetativas e remissões interepisódicas. Uma forma mais crônica de depressão, o transtorno depressivo persistente (distímia), pode ser diagnosticada quando a perturbação do humor continua por pelo menos dois anos em adultos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Nos pacientes diagnosticados com HIV/ AIDS, é importante diferenciar casos de depressão dos momentos de entristecimento comuns à vida e dificuldades de aceitação de uma doença. Os sentimentos desencadeados pelo diagnóstico e o tempo despendido na reestruturação pessoal para enfrentamento do problema fazem parte do processo de luto e tristeza,

mecanismo normal e necessário para a manutenção de um equilíbrio psíquico que garanta uma vida qualitativamente satisfatória (MANUAL DE ADESÃO AO TRATAMENTO PARA PESSOAS VIVENDO COM HIV E AIDS, 2008).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistic Manual V*) (2014), para o diagnóstico de depressão cinco ou mais dos seguintes sintomas deverão estar presentes por pelo menos um período de duas semanas na maior parte do dia ou quase todos os dias: humor deprimido; acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades; perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta ou redução ou aumento do apetite; insônia ou hipersonia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva inapropriada; capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão quase todos os dias e pensamentos recorrentes de morte, ideiação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio. Para o diagnóstico, pelo menos um dos cinco sintomas deve ser humor deprimido ou perda de interesse ou prazer.

No estudo de Bhatia e Munjal (2014) realizado em Deli, na Índia, com 160 portadores de HIV/ AIDS, a prevalência de depressão foi maior no sexo feminino quando comparado com o sexo masculino e transgêneros. A depressão aumentou de acordo com a severidade dos sintomas do HIV/ AIDS, assim quanto mais severa a doença, maior é o efeito na saúde mental do paciente. A idade média dos pacientes com depressão foi 30.59 e dos pacientes não depressivos foi 30.03, indicando que a idade não influencia significativamente a depressão. Já Azevedo et al. (2014) realizaram um estudo com portadores de HIV/AIDS atendidos nos serviços de referência no estado da Paraíba, Brasil. O objetivo do estudo era investigar depressão, ansiedade e transtornos cognitivos leves em pessoas com HIV/ AIDS, associados ao uso da TARV. Em uma amostra de 561 pessoas entre 18 e 59 anos, foi verificada uma prevalência de 17% para depressão. Em 2015, Affeldt, Silveira e Barcelos fizeram um estudo em Pelotas-RS, avaliando o perfil de 142 idosos entre 60 e 83 anos de idade vivendo com HIV/AIDS. Foi um estudo descritivo com dados dos prontuários do Serviço de Atendimento Especializado em HIV/AIDS da Universidade Federal de Pelotas e fichas de notificação compulsória armazenadas pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica Municipal, no período de 1998 à 2013. Os autores verificaram que entre as doenças não transmissíveis encontradas nesta população havia predominância da hipertensão arterial sistêmica (51,4%), seguida de depressão/ ansiedade (39,1%).

A depressão tem um impacto negativo significativo para pacientes infectados pelo HIV, reduzindo a aderência ao tratamento antirretroviral, a qualidade de vida, o resultado do tratamento e a funcionalidade (NANNI et al., 2015). De acordo com Tegger et al. (2008), que avaliaram o efeito das doenças mentais, uso de substâncias e tratamento para depressão em portadores de HIV ao iniciar a TARV os pacientes com depressão tinham níveis mais baixos de células CD4 e níveis mais altos de vírus no sangue quando comparados aos pacientes sem depressão. Indivíduos com sintomas depressivos tem aderência inferior a TARV (KACANEK et al., 2009); os pacientes portadores de depressão e não aderentes ao tratamento tem risco de morte cerca de seis vezes maior (LIMA et al., 2007).

No estudo de Troncoso e Conterno (2015), foi aplicada a *Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D17)* em uma amostra de 114 portadores de HIV. Dessa amostra um total de 26.3 % obtiveram um escore compatível com depressão. Nessa escala de depressão, os pacientes que atingem um escore maior que sete em um total de dezessete itens são considerados portadores de uma desordem depressiva. Nesse mesmo estudo, foi aplicada a escala *Instrumental Activities of Daily Living (IADL)* de Lawton e Brody adaptada ao contexto brasileiro, que mensura o grau de dependência ou independência em algumas atividades; os pacientes são classificados como totalmente dependentes (até 7 pontos); parcialmente dependentes (8 a 20 pontos) ou independentes (21 pontos). Nessa mesma amostra de 114 pacientes foi observado que 31,6% dos participantes são parcialmente dependentes e 68,4% são independentes. Em 2011, Thames et al. viram que prejuízos cognitivos associados ao HIV incluem déficits na atenção/ memória de trabalho, processamento de informação, aprendizado, memória e funções executivas. Tais comprometimentos podem interferir na capacidade de realização das atividades instrumentais de vida diária. Este estudo incluiu 107 portadores de HIV, demonstraram que indivíduos com sintomas depressivos tendem a imprecisamente superestimar os prejuízos cognitivos e funcionais. Especificamente aqueles indivíduos que superestimaram os déficits cognitivos e funcionais demonstraram níveis mais altos de depressão.

Conforme revisado por Nanni (2015) evidências científicas suportam uma associação bidirecional entre a infecção pelo HIV e a depressão. É descrito um modelo biológico em que a depressão está associada com as mudanças neurobiológicas pela presença persistente do vírus no Sistema Nervoso Central (SNC). A autora cita que alguns grupos de pesquisadores, como Geldelman, et al. 1994 e Lawrence, et al. 2004, sugerem



que o vírus pode penetrar no SNC logo após a infecção inicial sistêmica através da barreira hemato-encefálica, aproveitando a migração de células mononucleares do sangue periférico infectadas, acometendo assim os astrócitos, oligodendrócitos e células progenitoras neuronais (hipótese denominada “cavalo de Tróia”). No mesmo estudo, outro modelo que associa depressão e HIV é o modelo psicossocial que atribuiu a alta incidência de depressão em indivíduos infectados pelo HIV a encargos psicossociais associados a um risco de vida e uma doença crônica incapacitante, tais como: a condição clínica, com uma possível incapacidade funcional que impacta a vida diária e as relações interpessoais; a consciência de ter uma doença que pode ser controlada, mas não curada; o estigma relacionado a doenças sexualmente transmissíveis e ao comportamento de risco; a necessidade de uma estrita adesão a terapia antirretroviral e a ocorrência de outras comorbidades e complicações da infecção pelo HIV.

Os mecanismos neuroendócrinos, imunoinflamatórios e monoaminérgicos inter-relacionados, causados diretamente pela ação viral e indiretamente pelo estresse psicológico, podem induzir a atividade do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal e do sistema nervoso autonômico, ativando células imunes do sistema nervoso central e periférico (KRISHNADAS; CAVANAGH, 2012). Os distúrbios na função do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, que podem levar ao aumento da liberação do hormônio adrenocorticotrófico e do cortisol, vem sendo associados ao estresse e depressão em humanos e esta desregulação impacta negativamente na resposta imune (LESERMAN, 2001).

### **1.3 Motivação e Depressão**

Na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (2004) a motivação, correspondente ao código b1301 no “*core set*” para depressão, é definida como as funções mentais que produzem o incentivo para agir, a força motriz consciente ou inconsciente para a ação. Trash e Elliot (2002) definiram a motivação como a força energizante que direciona o comportamento, podendo ser dividida em motivação de abordagem, que é diretamente relacionada à possibilidade de recompensa e de evitação, que é diretamente relacionada à possibilidade de evitar resultados indesejados.

Os sintomas de depressão podem se dividir em afetivos, de motivação, cognitivos, fisiológicos e comportamentais; sendo considerados sintomas de motivação a perda de motivação para executar uma série de atividades, baixo nível de atividades e desejo de suicídio (HERMOLIN; RABGÉ; PORTO, 2011). De acordo com Lovibond (1995) a depressão é caracterizada pela perda de autoestima e de motivação, estando relacionada com a percepção de baixa possibilidade de atingir os objetivos de vida que sejam significativos para o sujeito.

A frequência reduzida de algumas atividades no repertório de uma pessoa deprimida pode diminuir a eficácia de reforçadores intimamente ligados a processos fisiológicos, como alimentação e sexo. Além disso, a pessoa deprimida comporta-se mais lentamente e emite menos comportamentos positivamente reforçados. A falta de variabilidade no repertório dessas atividades acaba por diminuir a motivação para a busca de reforçadores contribuindo para outra característica comportamental do deprimido: a chamada atenção seletiva a memórias e eventos negativos (CORREIA; BORLOTI, 2011).

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo geral**

Este estudo teve como objetivo verificar o estado de saúde funcional e mental dos portadores de HIV/AIDS atendidos no programa para tratamento e prevenção de DST/AIDS da prefeitura de Juiz de Fora – MG.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Traçar o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa;

- Avaliar a correlação entre as variáveis carga viral, nível de linfócitos TCD4 e intensidade da depressão e as variáveis motivação e limitações e incapacidades funcionais.

### **3. Hipótese**

Era esperado que participantes com maior carga viral e menor nível de linfócitos TCD4 apresentassem mais sintomas de depressão relacionados à redução da motivação e consequentemente apresentassem maiores limitações e incapacidades funcionais.

### **4. Métodos**

#### **4.1 Tipo de estudo**

Foi realizado um estudo do tipo transversal descritivo, os dados foram coletados para uma pesquisa inicial denominada “Psiconeuroimunologia e HIV: Uma Avaliação Psiconeuroimunológica de Portadores do HIV”, aprovada pelo comitê de ética (CEP-UFJF) sob o parecer de número 1. 250. 302 (anexo 1) e utilizados também para esta pesquisa.

#### **4.2 Amostra**

A amostra foi composta por usuários cadastrados no programa para tratamento e prevenção de DST/ AIDS da prefeitura de Juiz de Fora - MG, cujos dados constam no banco de dados da pesquisa referida no item 4.1. A amostra foi selecionada de forma aleatória.

Como critério de inclusão foi definido que os participantes deveriam ter idade superior ou igual a 18 anos. Foram excluídos os participantes que apresentaram nível mínimo de depressão.

### **4.3 Aspectos éticos**

Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice 1) referente à pesquisa citada no item 4.1, da qual foi utilizado o banco de dados.

### **4.4 Instrumentos**

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Questionário sociodemográfico (apêndice 2): contendo informações relacionadas a estado civil, idade, situação de emprego, nível de escolaridade, afiliação religiosa, presença de outras doenças, uso de drogas e medicações.

- *Beck Depression Inventory II* (BDI-II) (anexo 2): é um instrumento de auto aplicação composto por 21 itens, o objetivo é medir a intensidade da depressão em pessoas a partir dos 13 anos até a terceira idade. Para cada questão o indivíduo pontua de 0 a 3 pontos; a pontuação de 0 a 13 se refere a depressão mínima, de 14 a 19 a depressão leve, de 20 a 28 a depressão moderada e de 29 a 63 a depressão severa (BECK, A. T, 1996).

- *Core set* da CIF para depressão (anexo 3): possui 121 categorias que descrevem a funcionalidade e saúde de pacientes com depressão (CIEZA, et al., 2004). No presente estudo foi analisada somente a categoria motivação, com o descritor b1301. Tal categoria foi escolhida, pela motivação direcionar o comportamento do indivíduo e estar intimamente relacionada ao repertório de ações realizadas, influenciando dessa forma a funcionalidade das pessoas.

### **4.5 Procedimentos**

Em um primeiro momento do estudo foi realizada a aplicação do questionário sociodemográfico. Feito isso era marcada nova data para aplicação do BDI – II, utilizado como instrumento de rastreamento. Os níveis de linfócitos TCD4 e carga viral foram verificados através do resultado do exame mais recente encontrado no prontuário de cada participante.

Para avaliação do nível de desmotivação, correspondente ao código b1301 no *core set* da CIF para depressão, foram selecionadas questões do BDI-II relativas à: pensamentos ou desejos suicidas, perda de interesse, alterações do apetite e perda de interesse por sexo; tais questões foram selecionadas levando em consideração as referências feitas no item 1.4, que relacionou motivação e depressão.

Em relação a pontuação para as questões referentes a pensamentos ou desejos suicidas, perda de interesse e perda de interesse por sexo, quando o paciente marcava as opções 0 ou 1 era considerado que ele não tinha alteração da motivação; quando as opções 2 ou 3 eram marcadas, relacionava-se a desmotivação. Para a questão referente à alteração do apetite, as opções 2a, 2b, 3a e 3b estavam relacionadas à desmotivação.

Para cada opção marcada pelo participante que se relacionasse a desmotivação, eram somados 10 pontos, sendo assim o nível de desmotivação do paciente poderia variar de 0 a 40 pontos divididos em intervalos de 10, ou seja, não existiam valores intermediários.

#### **4.6 Análise estatística**

Os dados foram processados e analisados através da versão 20.0 do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*.

O perfil sociodemográfico dos participantes foi demonstrado por meio da análise das medidas de tendência central e frequencial dos dados, tais como: sexo, estado civil, faixa etária, nível de escolaridade, situação de emprego e religião.

Foi realizada também a análise descritiva da idade dos participantes. Foi utilizado o teste de *Shapiro-Wilk*, que confirmou a normalidade de distribuição da

amostra. Sendo assim, os dados foram expressos em média, valor mínimo e valor máximo.

Para a análise do possível impacto da carga viral, nível de linfócitos de TCD4 e nível de depressão sobre a motivação e capacidade funcional dos participantes foi utilizado o teste de correlação de *Spearman*.

## 5. Resultados

### 5.1 Análise do Perfil Sociodemográfico

Foi realizada análise do perfil sociodemográfico de 166 pacientes atendidos no SAE/ JF, os dados estão apresentados na tabela 1.

<b>Variável</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	91	54,8
Feminino	75	45,2
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	109	65,7
Casado	29	17,5
Vive com companheiro	10	6
Viúvo	10	6
Separado/ divorciado	8	4,8
<b>Faixa etária</b>		
18-30	36	21,7
31-40	48	28,9
41-50	44	26,5
51-60	29	17,5

(Continuação)

<b>Variável</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
61-71	9	5,4
<b>Nível de escolaridade</b>		
Analfabetos	5	3
1º grau incompleto	71	42,8
1º grau completo	18	10,8
2º grau incompleto	1	0,6
2º grau completo	51	30,7
Superior incompleto	8	4,8
Superior completo	11	6,6
Pós-graduação	1	0,6
<b>Religião</b>		
Católica	66	39,8
Evangélica	48	28,9
Sem religião	30	18,1
Espírita	15	9
Não especificada	5	3
Testemunha de Jeová	2	1,2

Fonte: Dados coletados na pesquisa

## **5.2 Análise do possível impacto da carga viral, nível de linfócitos de TCD4 e nível de depressão sobre a motivação e capacidade funcional dos participantes:**

Ocorreu uma perda amostral da primeira parte da pesquisa, quando foram aplicados os questionários sociodemográficos para a segunda parte, quando foi aplicado o BDI – II.

Na segunda parte, o BDI-II foi aplicado em 39 participantes, dentre estes 15 apresentaram nível mínimo de depressão e foram excluídos da amostra. A pesquisa foi

então realizada com 24 participantes, que apresentaram nível de depressão conforme apresentado na tabela 2

**Tabela 2 - Distribuição dos participantes em relação ao nível de depressão**

<b>Nível de depressão</b>	<b>Frequência (n=24)</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Leve	3	12,5
Moderado	10	41,7
Severo	11	45,8
<b>Pontuação Média no BDI</b>	32 (DP=11/Valor mínimo: 15/Valor máximo: 56)	

Fonte: dados coletados na pesquisa

A distribuição dos participantes em relação ao nível de linfócitos TCD4 está apresentada na tabela 3.

**Tabela 3 – Distribuição dos participantes em relação ao nível de linfócitos TCD4**

<b>Nível de linfócitos TCD4 (células/ mm<sup>3</sup>)</b>	<b>Frequência (n=24)</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Abaixo de 200	3	12.5
200 - 500	7	29.2
Acima de 500	15	58.3
<b>Contagem média</b>	543 céls/mm <sup>3</sup> (DP=305/valor mínimo: 8/ Valor máximo: 1.337)	

Fonte: dados coletados na pesquisa

A distribuição dos participantes em relação a carga viral está representada na tabela 4.



**Tabela 4 – Distribuição dos participantes em relação à carga viral**

<b>Carga viral (cópias/ mm<sup>3</sup>)</b>	<b>Frequência (n=24)</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
Indetectável	16	66.7
40 - 1000	3	12.5
Acima de 1000	5	20.8

Fonte: dados coletados na pesquisa

A tabela 5 representa a distribuição dos participantes em relação ao nível de desmotivação.

**Tabela 5 – Distribuição dos participantes em relação ao nível de desmotivação**

<b>Nível de desmotivação (0-40 pontos)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
0	7	29.2
10	6	25
20	9	37.5
30	2	8.3
40	0	0

Fonte: Dados coletados na pesquisa

Os dados de correlação estão apresentados na tabela 6.

**Tabela 6 – Nível de correlação entre as variáveis analisadas**

<b>Variáveis</b>	<b>Coefficiente de correlação/ significância</b>
Depressão/ desmotivação	0,756/ p= 0,00*
Depressão/ carga viral	0,068/ p=0,71
Depressão/ linfócitos TCD4	-0,327/ p=0,12
Desmotivação/ carga viral	0,149/ p=0,49
Desmotivação/ linfócitos TCD4	-0,313/ p=0,14

Fonte: dados coletados na pesquisa

\* valor de p estatisticamente significante

## 6. Discussão

No presente estudo foi realizada a análise do perfil sociodemográfico de 166 pacientes atendidos no programa para tratamento e prevenção de DST/ AIDS da prefeitura de Juiz de Fora – MG. Foi observado que 54.8% da amostra analisada era do sexo masculino, enquanto 45.2% era do sexo feminino. Esses valores foram bem próximos aos do estudo de Galvão, Costa e Galvão (2017), que fizeram a análise do perfil sociodemográfico de 390 portadores de HIV/ AIDS atendidos no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) localizado no município de Caxias-MA, no estudo citado 51% dos participantes eram do sexo masculino, 45.6% eram do sexo feminino e 3.3% tiveram o sexo ignorado; de acordo com os autores, esses resultados seguem uma característica nacional, evidenciando o fenômeno chamado de feminização.

De acordo com Junior e Castilho (2004), a partir dos anos 1990 constatou-se uma transição do perfil epidemiológico do HIV, resultando na heterossexualização, feminização, pauperização e interiorização da epidemia.

Outros estudos que objetivaram a análise do perfil sociodemográfico de portadores de HIV/ AIDS encontraram resultados semelhantes ao deste trabalho, é o caso do estudo de Bertoni et al. (2010) e do estudo de Soares e Moraes (2014). No presente estudo, a idade média dos participantes foi de 40,9 anos (DP=11,74/ idade mínima: 18/ idade máxima: 71). A maioria dos indivíduos estava na faixa etária entre 31 a 40 anos (n=48), seguidos da faixa etária entre 41 a 50 anos (n=44). Esses resultados foram semelhantes a outros estudos recentes, como o de Silva et al. (2017), o de Soares e Moraes (2014) e o de Bertoni et al. (2010).

Em relação ao nível de escolaridade, a maioria dos participantes do atual estudo (n=71) não haviam completado o 1º grau. Esses resultados diferem dos de outros autores, nos quais a maioria dos participantes tinham completado o 1º grau, são os casos de Bertoni et al. (2010), em que em um total de 85 participantes 43 haviam tinham o 1º grau completo. No estudo de Soares e Moraes (2014), em uma amostra de 433 participantes, 140 tinham o primeiro grau completo. A escolaridade tem sido utilizada como marcador da situação econômica, e o aumento de casos de AIDS em indivíduos com menor escolaridade têm sido denominado pauperização (GABRIEL; BARBOSA; VIANA,

2005). O baixo nível de escolaridade certifica a falta de conhecimento, o menor acesso às informações e assistência, induzindo os indivíduos à vulnerabilidade da contaminação (SOARES; MORAIS, 2014). Concluimos então que o nível de escolaridade dos participantes atendidos no SAE-JF é menor do que dos portadores de HIV/AIDS atendidos em outras regiões do país, intensificando a pauperização.

Avaliando a situação de emprego dos participantes 65 estavam empregados, apesar do baixo nível de desemprego (n=24), de acordo com Ferreira e Figueiredo (2006) a AIDS é pretexto para discriminação no mercado de trabalho, sendo um dos principais motivos de exclusão aos direitos elementares da cidadania e quando o portador de HIV é estigmatizado em trabalhos anteriores, ele desiste de ir em busca de um novo emprego. Talvez para evitar a estigmatização e conseguir um emprego, esses participantes possam ter ocultado o diagnóstico. Na amostra estudada, os participantes empregados possuíam baixo nível de qualificação, o que os expunha a trabalhos com baixa remuneração e evidenciava novamente a pauperização.

Referindo agora a religiosidade, pôde-se observar que a maioria dos participantes eram católicos (n=66), seguidos dos evangélicos (n=48) e espíritas (n=14); trinta participantes relataram não ter religião e a outra parte da amostra (n=8) era filiada a outras religiões (umbanda, testemunha de Jeová e não especificada). Esse resultado é semelhante ao de um estudo realizado por Pinho et al. (2016) em um ambulatório de referência em HIV/AIDS de um hospital universitário do Recife-PE. Participaram desta pesquisa 52 portadores de HIV/AIDS, sendo que 22 eram católicos, 19 eram evangélicos e 5 eram espíritas. Os autores do estudo citado anteriormente concluíram que a religiosidade e a espiritualidade desempenham um papel importante no enfrentamento ao HIV, sendo um mecanismo que pode ajudar o paciente na aceitação da doença, bem como na melhoria da qualidade de vida. Altos níveis de religiosidade/ espiritualidade têm sido associados a um menor nível de estresse psicológico, menos dor, aumento de energia e vontade de viver (RITCHEY et al., 2006).

No estudo de Silva, Passos e Souza (2015), que verificou a associação entre religiosidade e saúde mental em pacientes com HIV, em uma amostra de 617 pessoas 76.3% dos entrevistados relataram ter alguma religião, 54.4% destes relataram ter praticado a religião no último mês; o maior nível de depressão estava diretamente associado a menor proporção de relato da religião, não houve diferença significativa com prática religiosa e religiosidade. Como justificativa para esse resultado, os autores disseram que pessoas com transtorno depressivo podem apresentar sintomas como falta

de confiança em si e nos outros, tensão e sensação de medo, o que possivelmente dificulta a adesão à crença religiosa. Outros autores, como Trevino (2010) e Tarakeshwar (2006), dizem que a religião pode estar relacionada a um desfecho ruim quando associada à rejeição da TARV pela visão do HIV como uma punição de Deus para um estilo de vida errado.

No atual estudo, o BDI foi aplicado em 39 portadores de HIV/ AIDS atendidos no SAE-JF, tendo sido 15 (38,5%) excluídos da amostra por apresentarem nível mínimo de depressão, sendo assim, 24 (61,5%) participantes compuseram a amostra. Esses valores diferem dos encontrados por Azevedo et al. (2014), em que em uma amostra de 561 portadores de HIV/AIDS 17% tinham depressão. Neste estudo foi utilizada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD), ela foi validada para a língua portuguesa por Botega et al. em 1995. No estudo de Marques et al. (2007) os itens da HAD correlacionaram-se positivamente com os itens do BDI-II. Apesar disso, a HAD avalia apenas 14 itens, enquanto o BDI-II (instrumento utilizado neste estudo) avalia 24 itens, esses 10 itens acrescidos à avaliação podem ter diferenciado as duas amostras. Os valores encontrados por Affeldt, Silveira e Barcelos (2015), também diferiram dos encontrados no atual estudo, em uma amostra de 142 participantes 39,1% tinham depressão, mas vale ressaltar que no artigo citado nenhum instrumento de avaliação foi aplicado, a análise foi realizada através de dados secundários dos prontuários. Os participantes que compuseram a amostra deste estudo obtiveram uma média de 32 pontos no BDI, o que indicava uma amostra com nível severo de depressão. Esse dado é preocupante, já que de acordo com Crane et al. (2015) a depressão pode ser um preditor da baixa aderência ao tratamento medicamentoso e conseqüentemente pode impactar negativamente os desfechos clínicos.

Em nosso estudo foi encontrada relação positiva entre a carga viral e depressão (0,068), apesar disso o valor não foi estatisticamente significativo ( $p=0,71$ ). Outros autores como Nanni et al. (2015) e Tegger et al. (2008) concluíram que quanto maior a carga viral, menor o nível de células TCD4 e maior o nível de depressão. No presente estudo, a relação positiva também significa que quanto mais elevada a carga viral, maior é o nível de depressão dos participantes, o valor pode não ter sido considerado estatisticamente significativo já que as datas da realização do teste de carga viral e a avaliação dos níveis de depressão foram diferentes, o nível de carga viral foi analisado de acordo com o exame mais recente anexado ao prontuário do paciente no dia da aplicação do BDI-II. Considerando isso, o nível de carga viral do paciente no dia da aplicação do BDI poderia não ser o mesmo daquele coletado nos prontuários.

Sin e DiMatteo (2014) realizaram uma meta-análise para avaliar se o tratamento da depressão e estresse psicológico aumentam a aderência a TARV. Para esse estudo foram selecionados 29 artigos publicados entre 2001 e 2012. O estudo abrangeu um total de 12.243 portadores de HIV/AIDS, com um tamanho médio da amostra de 156 participantes por estudo. Vinte e um estudos encontraram uma associação positiva entre depressão e aderência a TARV, 4 estudos obtiveram resultados nulos e 4 estudos encontraram uma associação negativa entre as variáveis. Ainda foi observado que a não aderência a TARV foi 35% maior em participantes que não receberam tratamento para a depressão e que a probabilidade de aderência a TARV era 83% maior se fosse tratada a depressão ou o estresse psicológico.

De acordo com Sullivan et al. (2011) a depressão também está associada a comportamentos de alto risco, como abuso de álcool e uso de drogas ilícitas. O estudo de Taniguchi et al. (2014) mostrou que existe associações entre os sintomas de depressão severa com o envolvimento em comportamentos de alto risco e com marcadores do avanço da doença. Foram considerados marcadores de avanço da doença o aumento da carga viral no sangue e a diminuição dos níveis de linfócitos TCD4. No presente estudo, o nível médio de linfócitos TCD4 apresentado pelos participantes foi 543 céls/ mm<sup>3</sup> (desvio padrão=305/ Valor mínimo=8/ Valor máximo: 1.337).

Da amostra analisada, 3 participantes apresentaram nível de linfócitos TCD4 abaixo de 200 cels/mm<sup>3</sup>, de acordo com o *Canadian Working Group On Hiv And Rehabilitation* (2017) muitas infecções oportunistas ocorrem quando o nível de linfócitos TCD4 está abaixo desse valor, sendo a contagem normal entre 500 a 1500 cels/mm<sup>3</sup>. Quinze participantes, ou seja, 58.3% da amostra estavam com a contagem acima de 500 cels/mm<sup>3</sup> e o restante da amostra, correspondente a 7 participantes, estava com a contagem entre 200 a 500 cels/mm<sup>3</sup>. O nível intermediário de linfócitos TCD4 pode ter ocorrido em pacientes que possivelmente estavam iniciando a TARV ou que por algum motivo tenham feita alguma interrupção no tratamento, perdendo desta forma um de seus principais benefícios: o aumento da contagem de linfócitos TCD4.

Um aspecto notável da depressão é a redução ou a falta de ação e motivação, sendo que mudanças no nível de motivação podem afetar profundamente a percepção que o sujeito tem sobre suas capacidades corporais (SMITH, 2013). De acordo com Benoit e Dorey (2011), pessoas depressivas mostram uma falta de gosto e prazer, o que as faz perder interesse em seu ambiente, essa desmotivação está associada à negligência em relação às pessoas e a elas mesmas. No presente estudo, foi observada uma forte

correlação entre o nível de desmotivação e o nível de depressão dos participantes, ou seja, quanto mais elevado o nível de depressão maior era o nível de desmotivação. Na literatura foram encontrados poucos estudos relacionando motivação e funcionalidade, mas Blazer (2003) associou a depressão a um risco aumentado de autonegligência, morbidade, mortalidade e suicídio, bem como a redução da funcionalidade física, cognitiva e social.

Sendo a motivação definida pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (2004) como a função mental que produz o incentivo para agir. A funcionalidade cobre os componentes de funções e estruturas do corpo e atividade e participação social, sendo a incapacidade resultante da disfunção apresentada pelo indivíduo (seja orgânica ou da estrutura do corpo), limitando suas atividades e restringindo a participação social. Os fatores ambientais podem atuar como facilitadores ou barreiras para o desempenho dessas atividades e da participação.

Visto os conceitos de motivação e funcionalidade, podemos inferir que pacientes desmotivados estejam menos incentivados a agir e tenham menor interesse no ambiente ao seu redor, sendo esses fatores associados à negligência em relação a eles mesmos e aos outros. Todos esses fatores fazem com o paciente apresente um menor nível de realização de suas atividades funcionais e restrinjam a participação social.

Segundo Worthington (2005) a reabilitação melhora ou previne as deficiências corporais, limitações das atividades e participação social experimentadas pelo portador de HIV/AIDS. A equipe de reabilitação pode incluir fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fisiatras, dentre outros. Neste contexto, o fisioterapeuta planeja e executa programas projetados individualmente para manter, reabilitar ou aumentar a função ou o comportamento adaptativo. Algumas estratégias podem ser o gerenciamento da dor e do cansaço; fortalecimento muscular; manutenção da flexibilidade, equilíbrio e coordenação; dentre outras (CANADIAN WORKING GROUP ON HIV AND REHABILITATION, 2017).

Este estudo apresentou as seguintes limitações: A aplicação do questionário sociodemográfico não foi realizada no mesmo dia da aplicação do BDI-II, o que fez com que ocorresse uma perda amostral muito grande; o pequeno tamanho da amostra, que pode comprometer o desempenho dos testes estatísticos e mascarar os resultados; a análise dos níveis de carga viral e de células TCD4 não foi realizada no mesmo dia da aplicação do BDI-II, o que pode ser considerado um viés, já que os resultados podem não refletir o atual estado de saúde dos pacientes; a delimitação transversal do estudo não oferece informação direta sobre a sequência temporal dos eventos, sendo difícil

estabelecer uma relação entre causa e efeito. No presente estudo, partiu-se do pressuposto que a depressão ocorreu em consequência a infecção pelo HIV e causou as limitações e incapacidades funcionais. Porém, um desfecho em saúde pode ocorrer por uma combinação de fatores. Sugere-se que sejam realizados novos estudos, em que a aplicação de todos os questionários e a realização dos exames de carga viral e contagem de linfócitos TCD4 seja realizada no mesmo dia e com uma amostra maior. Sugerimos também que seja realizado um estudo longitudinal para ser estabelecida a relação entre causa e efeito.

## **7. Conclusão**

A partir dos resultados obtidos neste estudo pode-se concluir que a população atendida no Serviço de Atendimento Especializado em DST/ AIDS de Juiz de Fora – MG segue a tendência nacional de idade, feminização e pauperização da epidemia; sendo necessária especial atenção a esta parcela da sociedade. As atividades de educação em saúde cabem a todos os profissionais ligados a área da saúde e por meio delas podem ser fornecidas informações a população sobre os modos de transmissão e prevenção ao HIV.

Foi detectado também um nível de depressão grave na amostra estudada e que esta tem forte correlação com a motivação, o que conseqüentemente interfere na funcionalidade do indivíduo e tende a diminuir sua participação social. Nesse sentido, o fisioterapeuta pode planejar e executar programas de tratamento com o objetivo de melhorar fatores que possam causar essa desmotivação, sendo exemplos a dor, a fadiga e outras condições limitantes.

As ações do fisioterapeuta devem ser baseadas em uma minuciosa avaliação do paciente e de sua funcionalidade, levando em considerações os fatores intrínsecos e extrínsecos. Apesar da CIF ser um instrumento amplo, ela pode direcionar a avaliação fisioterapêutica e conseqüentemente o plano de tratamento; desta forma, o paciente recebe um tratamento individualizado e focado em suas necessidades.

Vale ressaltar que melhores resultados na assistência ao paciente são obtidos por uma equipe multidisciplinar, no caso de HIV/AIDS e depressão, se faz essencial o acompanhamento pelo médico, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, dentre outros profissionais da saúde.

## 8. Referências

- ABBAS, A. K; LICHTMAN, A. H. **Imunologia Básica**. 3º ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- AFFELDT, A. B; SILVEIRA, M. F; BARCELOS, R. S. Perfil de pessoas idosas vivendo com HIV/ Aids em Pelotas, sul do Brasil, 1998 a 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. V. 24, n. 1. p. 79-86, 2015.
- AL-HARTHIA. L. et al. Maximum supression of HIV replication leads to restoration of HIV specific responses in early HIV diseases. **AIDS**. V. 14, n. 7, p. 761-770, 2000.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- AZEVEDO, R. L. W. et al. Transtornos afetivos/ cognitivos associados à TARV e a qualidade de vida no context da AIDS. **Revista Interamericana de Psicologia**. V. 48, n. 2, p. 238-251, 2014.
- BECK, A. T. et al. An Inventory for Measuring Depression. **Psychology review**. V. 8, n. 1, p. 77 – 100, 1988.
- BECK, A. T. et al. Comparison of Beck Depression Inventories IA and II in psychiatric outpatients. **Journal of personality assessment**. V. 67, n. 3, p. 588 – 597, 1996.
- BENOIT, M; DOREY. J. M. Typologies de la depression tardive: anxieuse, avec demotivation. **Les Cahiers de L’année Gérontologique**. V. 3, n. 1, p. 119-124, 2011
- BENTWICH, Z. ET AL. Concurrent infections and HIV pathogenesis. **AIDS**. V. 14, n. 14, p. 2071 a 2081, 2000.
- BERTONI, R. F. et al. Perfil demográfico e socioeconômico dos portadores de HIV/ AIDS do ambulatório de controle de DST/ AIDS de São José – SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. V. 39, n. 4, p. 75-79, 2010.
- BHATIA, M.S; MUNJAL, S. Prevalency of Depression in People Living with HIV/ AIDS Undergoing ART and Factors associated with it. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**. V. 8, n. 10, p. 1-4, 2014.
- BOTEGA, N. J et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação da escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**. V. 29, n. 5, p. 355-363, 1995.
- BRIER, M. R. et al. Effect of HAART on brain organization and function in HIV negative subjects. **Journal of Neuroimmune Pharmacology**. V, 10, n. 4, p. 517-521, 2015.



BRITO, A. M; CASTILHO, E. A; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. V. 34, n. 2, p. 207-217, 2000.

CANADIAN WORKING GROUP ON HIV AND REHABILITATION. E-module for evidence-informed HIV rehabilitation. Canadá, 2017.

CIEZA, A. et al. ICF core set for depression. **Journal of Rehabilitation Medicine**. V. 44, n. 7, p. 128-134, 2004.

COLE, S. W. Psychosocial influences on HIV-1 disease progression: neural, endocrine and virologic mechanisms. **Psychosomatic medicine**. V. 70, n. 5, 562-568, 2008.

CORREIA, K. M. L; BORLOTI, E. Mulher e depressão: uma análise comportamental e contextual. **Revista ACTA Comportamental**. V. 19, n. 3, p. 359-373, 2011.

CRANE, P. K. et al. Measuring depression levels in HIV infected patients as part of routine clinical care using the nine item Patient Health Questionnaire (PHQ-9). **AIDS Care**. V. 22, n. 7, p. 874-885, 2010.

DANZTER, R. et. al. Inflammation-associated depression: from serotonin to kynurenine. **Psychoneuroendocrinology**. V. 36, n. 3, p. 426-436, 2011.

DILLEY, K. A. et al. Determining the frequency and mechanisms of HIV-1 and HIV-2 RNA copackaging by single-virion analysis. **Journal of Virology**. V. 85, n. 20, p. 10499-10508, 2011.

ESCORPIZO, R. et al. Creating an interface between the International Classification of Functioning, Disability and Health and Physical Therapist Practice. **Physical Therapy**, V. 90, n. 7, p. 1053-1063, 2010.

FARIAS, N. BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da Organização Mundial de Saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. V. 8, n. 2 p, 187-193, 2005.

FERREIRA, R.C .M; FIGUEIREDO, M. A. C. Reinserção no Mercado de trabalho. Barreiras e silêncio no enfrentamento da exclusão por pessoas comHIV/ AIDS. **Revista Medicina**. V. 39, n. 4, p. 591-600, 2006.

FLANNIGAN, J. HIV and AIDS: transmission, testing and treatment. **Nursing Standard**. V. 22, n. 34, p. 48-56, 2008.

GABRIEL, R; BARBOSA, D. A; VIANNA, L. A. C. Perfil epidemiológico dos cliente com HIV/ AIDS da unidade ambulatorial do Hospital Escola de grande porte – município de São Paulo. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. V. 13, n. 4, p. 509 – 513, 2005.

GALVÃO, J. M. V; COSTA, A. C. M; GALVÃO, J. V. Demographic and socio-demographic profile of people living with HIV/ AIDS. **Revista de Enfermagem da UFPI**. V. 6, n. 1, p. 4-8, 2017.

GRINZTEJN, B. et al. Changing Mortality Profile among HIV infected patients, in Rio de Janeiro, Brazil: shifting from AIDS to non-AIDS related conditions in the HAART era. **Plos One**. V. 8, n. 4, p. 1-9, 2013.

HEATON R. K. et al. HIV-associated neurocognitive disorders before and during the era of combination antiretroviral therapy: differences in rates, nature, and predictors. **Journal of Neurovirology**. V. 17, n. 1, p. 3-16 .

HERMOLIN, R. K; RABGÉ, B. P; PORTO, P. R. Uma proposta de tratamento em grupo para a depressão. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**. V. 2, n. 2, p. 171-179, 2000.

JUNIOR, R. A.L; CASTILHO, E. A. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991 – 2001: Descrição espaço-temporal. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. V. 37, n. 4, p. 207-217, 2004.

KAPLAN, J. E. et al. Epidemiology of human-immunodeficiency virus associated opportunistic infections in the United States in the era of highly active antiretroviral therapy. **Clinical Infectious Diseases**. V. 30, n. 1, p. 5-14, 2000.

LESERMAN, J. HIV disease progression, depression, stress and possible mechanisms. **Society of Biological Psychiatry**. V. 54, n. 3, p. 295-306, 2001.

LIPP, M. E. N; GUEVARA, A. J. H. Validação empírica do Inventário de Sintomas de Stress. **Estudos de Psicologia**. V. 11, n. 3, p. 43-49, 1994.

LOVIBOND, P. F; LOVIBOND, S. H; The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. **Behavior Research and Therapy**. V. 33, n. 3, p. 335 – 343, 1995.

MARQUES, M. J. A et al. Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. V. 57, n. 1, p. 52-62, 2007.

MEDICAL FOUNDATION FOR HIV AND SEXUAL HEALTH. HIV in primary care. Reino Unido, 2016.

NANNI, M. G. et al. Depression in HIV infected patients: a review. **Current Psychiatry Reports**. V. 17, n. 1, p. 1-11, 2015.

ORGANIZACAO MUNDIAL DE SAUDE. CIF: Classificacao Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saude. São Paulo: EDUSP; 2004.

PACHECO, A. G. et al. Validation of a hierarchical deterministic record-linkage algorithm using data from two different cohorts of human immunodeficiency virus-infected persons and mortality databases in Brazil. **American Journal of Epidemiology**. V. 168, n. 11, p. 1326-1332, 2008.

PINHO, C. M. et al. Coping religioso e espiritual em pessoas vivendo com HIV/Aids. **Revista Brasileira de Enfermagem**. V. 70, n. 2, p. 510-517, 2016.

REPORT OF THE GLOBAL AIDS EPIDEMIC 2013, Joint United Nations Program on HIV/AIDS, 2013. Disponível em: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_Global\\_Report\\_2013\\_en\\_1.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_en_1.pdf)

RIBERTO, M. Core sets da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. V. 64, n. 5, p.938-946, 2011.

RITCHEY, S. M. et al. Modelling the effects of spirituality/ religion on patients perceptions of living with HIV/ AIDS. **Journal of General Internal Medicine**, V. 21, n. 5, p. 28-38, 2006.

SILVA, et al. Atenção à saúde de portadores de HIV: avaliação dos usuários. **Cuidado é Fundamental**. V. 9, n. 1, p. 21-27, 2017.

SIN, N. L; DIMATTEO, M. R. Depression treatment enhances adherence to antirretroviral therapy: a meta-analysis. **Annals of Behavioral Medicine**. V. 47, n. 3, p. 259-269, 2014.

SMITH, B. Depression and motivation. **Phenomenology and the Cognitive Sciences**. V. 12, n. 1, p. 615- 635, 2013.

SMITH, C. et al. Factors associated with specific causes of death among HIV-positive individuals in D:A:D study. **AIDS**. V.24, n. 10, p. 1537-1548, 2010.

SOARES, F. N. S; MORAIS, M. T. M. Perfil epidemiológico e sócio demográfico de pacientes vivendo com HIV/ AIDS cadastrados no município de Vitória da Conquista – BA. **Revista Saúde.Com**. V. 10, n. 1, p. 54-63, 2014

SULLIVAN, L. E et al. Alcohol consumption and depressive symptoms over time: a longitudinal study of patients with and without HIV infection. **Drug and Alcohol Dependence**. V. 17, n. 32, p. 158-163, 2011.

TANIGUCHI, T. et al. Depression severity is associated with increased risk behaviors and decreased CD4 cell count. **AIDS Care**. V. 26, n. 8, p. 1004-1012, 2014.

TARAKESHWAR, N; KHAN, N; SIKKENMA, K. J. A relationship based framework of spirituality for individuals with HIV. **AIDS Behaviour**. V. 10, n. 1, p. 59-70, 2006.

TREVINO, K. M et al. Religious coping and physiological, psychological, social and spiritual outcomes in patients with HIV/ AIDS: cross-sectional and longitudinal findings. **AIDS and Behaviour**. V. 14, n. 2, p. 379 – 389, 2010.

THAMES, A. D. et al. Depression, cognition, and self appraisal of functional abilities in HIV: an examination of subjective appraisal versus objective performance. **The Clinical Neuropsychologist**. V. 25, n. 2, p. 224-243, 2011.

THRASH, T. M; ELLIOT, A. J. Implicit and selfattributed achievement motives: Concordances and predictive validity. **Journal of Personality**. V. 70, n. 5, p. 729 – 755, 2002

TRONCOSO, F. T; CONTERNO, L. O. Prevalence of neurocognitive disorders and depression in a brazilian HIV population. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. V. 48, n. 4, p. 390-398, 2015.

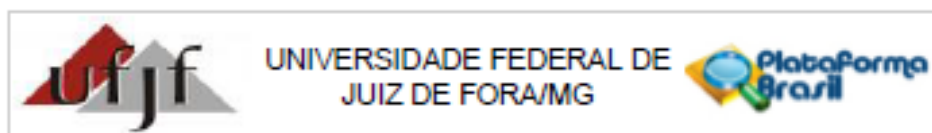
USTUN, B; CHATTERJI, S; KOSTANJSEK, N. Comments from WHO for the Journal of Rehabilitation Medicine special supplement on ICF core set. **Journal of Rehabilitation Medicine**. V. 1, n. 44, p. 7-8, 2004.

VERGARA, C; ROBERTS, J. E; Motivation and goal orientation in vulnerability to depression. **Cognition and Emotion**. V, 25, n. 7, p. 1281 – 1290, 2011.

WOODS, S. P. et al. Cognitive neuropsychology of HIV associated neurocognitive disorder. **Neuropsychology Review**. V. 19, n. 2, p. 152-168, 2009.

WORTHINGTON, C. et al. Rehabilitation in HIV/ AIDS: development of na expended conceptual framework. **AIDS Patient Care**. V.19, n. 4, p. 258-271, 2005.

## ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Psiconeuroimunologia e HIV: Uma Avaliação Psiconeuroimunológica de Portadores do HIV.

**Pesquisador:** Cíndia Helena Cerqueira Mâmara

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 44458015.0.1001.5147

**Instituição Proponente:** Faculdade de Fisioterapia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.250.302

#### **Apresentação do Projeto:**

Apresentação do projeto está clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e os benefícios esperados estão adequadamente descritos.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem estruturado, delimitado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER SN  
Bairro: SAO PEDRO CEP: 38.036-900  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.250.302

realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Agosto de 2016.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela **APROVAÇÃO** do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_502280.pdf	17/08/2015 17:39:49		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_502280.pdf	20/07/2015 10:53:39		Aceito
Outros	Resolução de Pendências.docx	20/07/2015 10:36:36		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	04/07/2015 11:45:24		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto-Detalhado.docx	04/07/2015 10:37:41		Aceito
Outros	EntrevistaSemiestruturada.pdf	28/04/2015 16:28:48		Aceito
Outros	quest_socio_HIV.pdf	28/04/2015 16:28:06		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_502280.pdf	28/04/2015 14:36:05		Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER SN  
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
JUIZ DE FORA/MG



Continuação do Parecer: 1.250.502

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_502280.pdf	25/04/2015 10:53:34		Aceito
Folha de Rosto	Folha-de-rosto.pdf	25/04/2015 10:46:27		Aceito
Outros	Declaração-Biorepositório.pdf	25/04/2015 09:19:34		Aceito
Outros	Declaração-SAE.pdf	25/04/2015 09:19:02		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 29 de Setembro de 2015

---

Assinado por:  
Francis Rloardo dos Reis Justi  
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER SN  
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.035-900  
UF: MG Município: JUIZ DE FORA  
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Página 02 de 03

## ***ANEXO 2 – Beck Depression Inventory – II***

Por questões de direitos autorais este anexo não pôde ser disponibilizado.

Referência: BECK, A. T. et al. An Inventory for Measuring Depression. **Psychology review**. V. 8, n. 1, p. 77 – 100, 1988.



### ANEXO 3 - Core set da CIF para depressão

<b>Core set da CIF para depressão</b>		
<b>Componente funções do corpo</b>		
b117 Funções intelectuais	b1340 Quantidade de sono	b1601 Forma do pensamento
b126 Funções do temperamento e da personalidade	b1341 Início do sono	b1602 Conteúdo do pensamento
b1260 Extroversão	b1342 Manutenção do sono	888 Autoconhecimento
b1261 Amabilidade	b1343 Qualidade do sono	b1645 Julgamento
b1262 Responsabilidade	b1344 Funções que envolvem o ciclo do sono	b180 Funções da experiência pessoal e do tempo
b1263 Estabilidade psíquica	b140 Funções da atenção	b1800 Experiência pessoal
b1265 Otimismo	b144 Funções da memória	b1801 Imagem do corpo
b1266 Confiança	b147 Funções psicomotoras	b280 Sensação de dor
b130 Funções da energia e dos impulsos	b152 Funções emocionais	b460 Funções associadas a funções cardiovasculares e respiratórias
b1300 Nível de energia	b1520 Adequação da emoção	b530 Funções de manutenção do peso
b1301 Motivação	b1521 Regulação da emoção	b535 Sensações associadas ao sistema digestivo
b1302 Apetite	b1522 Faixa de emoções	b640 Funções sexuais
b1304 Controle dos impulsos	b160 Funções do pensamento	b780 Sensações relacionadas aos músculos e funções do movimento

(Continuação)

<b>Componente funções do corpo</b>		
b134 Funções do sono	b1600 Fluxo do pensamento	
<b>Componente atividades e participação</b>		
d110 Observar	d350 Conversação	d730 Relações com estranhos
d115 d115 Ouvir	d355 Discussão	d750 Relações sociais informais
d163 Pensar	d470 Utilização de transporte	d760 Relações familiares
d166 Ler	d475 Dirigir	d770 Relações íntimas
d175 Resolver problemas	d510 Lavar-se	d830 Educação superior
d177 Tomar decisões	d520 Cuidados com as partes do corpo	d845 Conseguir, manter e sair de um emprego
d210 Realizar uma única tarefa	d540 Vestir-se	d850 Trabalho remunerado
d220 Realizar tarefas múltiplas	d550 Comer	d860 Transações econômicas básicas
d230 Realizar rotina diária	d560 Beber	d865 Transações econômicas complexas
d2301 Gerenciar a rotina diária	d570 Cuidar da própria saúde	d870 Autossuficiência econômica
d2302 Concluir rotina diária	d620 Aquisição de bens e serviços	d910 Vida comunitária
d2303 Gerenciar o nível de atividade pessoal	d630 Preparação de refeições	d920 Recreação e lazer
d240 Lidar com o estresse e outras demandas psicológicas	d640 realização das tarefas domésticas	d930 Religião e espiritualidade

(Continuação)

---

**Componente atividades e participação**

---

d310 Comunicação e recepção de mensagens orais	d650 Cuidar dos objetos da casa	d950 Vida política e cidadania
d315 Comunicação e recepção de mensagens não verbais	d660 Ajudar os outros	d335 Produção de mensagens não verbais
d330 Fala	d710 Interações pessoais básicas	d720 Interações pessoais complexas

---

**Componente fatores ambientais**

---

e1101 Medicamentos	e355 Profissionais de saúde	e460 Atitudes sociais
e165 Bens	e360 Outros profissionais	e465 Normas práticas e ideologias sociais
e225Clima	e410 Atitudes individuais de membros familiares imediatos	e525 Serviços, sistemas e políticas de habitação
e240 Luz	e415 Atitudes individuais de outros membros familiares	e570 Serviços, sistemas e políticas da Previdência Social
e245 Mudanças relacionadas ao tempo	e420 Atitudes individuais dos amigos	e575 Serviços, sistemas e políticas de suporte social geral
e250 Som	e425 Atitudes individuais de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	e580 Serviços, sistemas e políticas de saúde
e310 Família imediata	e430 Atitudes individuais de pessoas em posição de autoridade	e590 Serviços, sistemas e políticas de trabalho e emprego

(Continuação)

---

**Componente fatores ambientais**

---

e320 Amigos	e440 Atitudes individuais dos cuidadores e assistentes pessoais	e340 Cuidadores e assistentes pessoais
e325 Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	e450 Atitudes individuais dos profissionais de saúde	e455 Atitudes individuais dos profissionais relacionados a saúde
e330 Pessoas em posição de autoridade		

---

Legenda: acesso em: [www.crefito4.org.br/depressao.pdf](http://www.crefito4.org.br/depressao.pdf)

O documento original encontra-se no link acima, no trabalho ele foi colocado em forma de tabela por questão de organização e otimização do espaço.

## APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF

36036-900 JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Biorrepositório)**

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa *Psiconeuroimunologia e HIV: Uma Avaliação Psiconeuroimunológica de Portadores do HIV*. Para tanto, pedimos a sua autorização para a coleta, o depósito, o armazenamento, a utilização e descarte do material biológico humano do tipo urina, cuja utilização está expressamente vinculada somente a esse projeto de pesquisa. Nesta pesquisa pretendemos desenvolver investigação sobre as condições psicológicas, cerebrais e da imunidade de pacientes portadores do vírus HIV, afim de destacar fatores psicológicos, cerebrais e hormonais que estejam contribuindo para alterações da imunidade e quantidade de vírus no corpo. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: respostas a questionários e entrevista, para avaliar as emoções, a qualidade de vida, vínculo religioso/espiritual, além de exame de urina para identificar substâncias relacionadas a emoções ruins e exame de sangue para quantidade de células CD4 e quantidade de vírus no corpo. A urina coletada será colocada em garrafa esterilizada, conduzida ao laboratório, examinada, e posteriormente descartada no mesmo local, os exames de sangue serão os mesmo já presentes em seu prontuário não sendo necessária nova coleta de sangue. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em risco mínimo. A pesquisa contribuirá para diagnóstico e tratamentos mais amplos dos pacientes e uma melhoria na qualidade do tratamento dos pacientes com HIV. O motivo que nos leva a estudar isso é buscar confirmar nossa ideia de que condições psicológicas ruins possam prejudicar a imunidade dos pacientes e favorecer o aumento da quantidade do vírus HIV no corpo, sendo que assim possam vir a desenvolver o estado de AIDS. Também queremos buscar confirmar que condições psicológicas boas podem contribuir positivamente para o tratamento com os remédios, mantendo assim a pessoa com uma imunidade forte e baixa quantidade de vírus no corpo.

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a

qualquer momento, também poderá reaver o consentimento de guarda e utilização do material biológico armazenado no Biorrepositório, valendo a desistência a partir da data de formalização desta. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador e pelo serviço de saúde. Teremos total sigilo com sua identidade que será tratada com padrões profissionais de sigilo. Para fins de análises e armazenamento digital dos dados, cada participante será identificado através de um código com apenas letra e/ou número como, sexo (F ou M), idade (dígitos) e letras minúsculas para a identificação do grupo (a-grupo A; b-grupo B; c-grupo C), tendo como finalidade proteger e resguardar a identidade dos participantes. Se necessário, um último número e/ou letra será empregado para a diferenciação entre participantes com mesma idade e sexo dentro do mesmo grupo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar da pesquisa.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa A Psiconeuroimunologia do Portador do Vírus HIV, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

---

Nome

Assinatura participante

Data

Nome

Assinatura pesquisador

Data

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

**CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos-UFJF**

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

**Nome do Pesquisador Responsável:** Cláudia Helena Cerqueira Marmora

Endereço: Rua José Lourenço Kelmer, Bairro: Martelos - Instituto de Ciências Humanas –

Departamento de Pós-Graduação em Psicologia – Universidade Federal de Juiz de Fora.

CEP: 36036-330 / Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 2102-3911

E-mail: claudia.marmora@ufjf.edu.br

## APÊNDICE 2 – Questionário Sociodemográfico

### Questionário Sociodemográfico – Triagem telefônica

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masc.  Fem.

1) Estado Civil:

Solteiro  Viúvo  Casado  Separado/divorciado  Vive com companheiro

2) Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3) Você está:

Empregado  Desempregado  “Encostado”  Aposentado por invalidez

Trabalhos temporários (“bicos”)  Aposentado por idade ou tempo de serviço

Do lar

4) Ocupação: \_\_\_\_\_

5) Qual é sua escolaridade?

nenhuma  Primário incompleto  Primário completo (1ª a 4ª séries)

Ginásial incompleto  Ginásial completo (5ª a 8ª séries)  2º grau completo

Superior incompleto  Superior completo  Superior completo com pós-graduação

6) Você tem alguma afiliação religiosa?  Não  Sim Qual? \_\_\_\_\_

7) Quais doenças você recorda ter tido?

8) Faz uso de quais medicações?

9) Faz uso de álcool? Qual frequência?

10) Faz uso de nicotina? Qual frequência?

11) Faz uso de cocaína? Qual frequência?

12) Faz uso de crack? Qual frequência?

13) Faz uso de maconha? Qual frequência?

7) Há quantos anos convive com o HIV? \_\_\_\_\_