

Depressão e Déficit Cognitivo em Pacientes com SIDA-AIDS Achados Preliminares-HCPA



PAULO ABREU
MATIAS KRONFELD
MATIAS STRASSBURGER
ALICE CACILHAS
MARCELO BOEK
MARIA DE FÁTIMA BORDES

SINOPSE

Os autores a partir de revisão bibliográfica e experiência clínica evidenciam alta prevalência de transtornos depressivos e déficit cognitivo (DC) em pacientes com AIDS, e a partir disto elaboram protocolo de pesquisa para avaliar estes transtornos em pacientes aidéticos internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), com o uso de instrumentos objetivos de medida de depressão e DC. São aplicados o Mini-Exame do Estado Psiquiátrico (MMSE — Mini-Mental-State-Examination) de Folstein e o Inventário de Beck para Depressão (Beck Depression Inventory — BDI) para medida de DC e Depressão, respectivamente em uma amostra de 30 pacientes. Foi encontrada prevalência de 21,6% de DC e 60% de depressão (incluindo intensidades leves, moderada e severa). Os subitens mais afetados são, para DC, os de cálculo numérico, construção gráfica e escrita, e obediência a registros gráficos; e para depressão, queixas de insatisfação, inibição no trabalho, irritabilidade, fadiga, isolamento e indecisão, diminuição do sono e pessimismo. Os itens globais dão uma dimensão considerável de problemas depressivos e cognitivos em pacientes aidéticos hospitalizados, com subescores apontando para especificidades nas áreas cognitivas, envolvendo os aspectos mais complexos de desempenho como expressão e construção verbal e gráfica (redação de frase, construção de pentágonos em intersecção), cálculo numérico (subtração seriada de sete em sete) e execução de comando verbal.

UNITERMOS: Reações; Déficits; Infecção Sistema Nervoso Central.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Endereço para correspondência: Dr. Paulo Abreu - Rua Eng. Álvaro Nunes Pereira, 400 ap. 802 - CEP 90460 - Porto Alegre - RS - Fone: (0512) 22-2305.

Recebido em: 08/05/89

Enviado para modificação em: 31/05/89

Aceito para publicação em: 05/06/89

ABSTRACT

Depression and Cognitive Deficits in AIDS Patients — Preliminary Findings — Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)

The authors describe the preliminary findings of a clinical research designed to measure the prevalence of depression and cognitive deficits in AIDS patients hospitalized at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), utilizing the Beck Depression Inventory (BDI) and the Mini-Mental State Examination (MMSE). The prevalence was 21.6% for cognitive deficits and 60% for depression. The items that were answered most frequently wrong among those with cognitive deficit were those for numeric calculation, written and graphic construction and graphic analysis and interpretation. The depressives failed to answer correctly mostly the items for dissatisfaction, irritability, work inhibition, fatigue, withdrawal, indecisiveness, sleep and pessimism. These findings provide preliminary estimates for those psychiatric syndromes (cognitive deficit and depression) and suggest that the symptom profile of these states may display specific deficits and problems, and require further studies with larger samples to confirm that prevalence and specificity.

UNITERMS: Reactions; Deficits; Infection Central Nervous System.

INTRODUÇÃO

A AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome) ou SIDA (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida) foi descrita pela primeira vez em 1981 nos Estados Uni-

dos da América do Norte (1). É causada por um retrovírus atualmente denominado HIV (Human Immuno-deficiency Virus), que ataca células do sistema imunitário, deprimindo-o e propiciando o aparecimento de múltiplas infecções oportunistas e alguns tipos de tumores.

Associadas às complicações clínicas oriundas da imunossupressão têm sido descritas complicações neuropsiquiátricas relacionadas (2-7). São complicações devidas a três fatores básicos: (a) comprometimento do Sistema Nervoso Central (SNC) por ação presumível do vírus, outros agentes infecciosos ou tumores; (b) reações emocionais a uma doença de alta letalidade, modificadora do esquema corporal e carregada de estigma social; e (c) descompensação de quadros psiquiátricos prévios.

A nível de importância clínica, as síndromes mais frequentes são as demenciais e as depressivas (3).

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1. *Diagnóstico*: O diagnóstico de AIDS-SIDA é feito, com raras exceções, quando em presença de um teste positivo para HIV, o paciente apresentar sarcoma de Kaposi e/ou infecção oportunista e/ou linfoma do SNC. Na ausência destas patologias, com dois testes positivos anti-HIV considera-se o indivíduo portador assintomático. A população de risco é composta basicamente por homossexuais e bissexuais masculinos, usuários de drogas endovenosas, politransfundidos (especialmente hemofílicos), parceiros de pessoas contaminadas e filhos de mães seropositivas (HIV positivas).

2. *Quadro Clínico*: Após a exposição ao vírus, podem ocorrer quatro alternativas no indivíduo: (a) mantém-se assintomático por algum tempo; (b) desenvolve uma reação aguda à presença do vírus, com sintomas semelhantes a mononucleose infecciosa (febre, linfonodos aumentados, mialgia e cefaléia), voltando após à fase assintomática ou evoluindo para outras; (c) desenvolve uma linfadenopatia persistente; e (d) desenvolve a doença. Esta última aparece em geral com sintomas constitucionais (perda de peso, diarreia crônica e fadiga) evoluindo para infecções oportunistas, doenças neurológicas ou tumores (de Kaposi, linfoma não-Hodgkin).

3. *Complicações Neuropsiquiátricas*: As complicações neuropsiquiátricas, como já citado anteriormente, podem expressar acometimento de SNC, reações adaptativas do paciente, ou exacerbação de quadros prévios. Na prática, encontra-se uma mescla destas três, onde nem sempre é fácil fazer o diagnóstico diferencial (em especial quando se encontram sintomas depressivos associados). Os quadros orgânicos podem mimetizar quaisquer sintomas e síndromes psiquiátricas funcionais. Existe uma razoável evidência de que o nível de expressão de sintomas (a nível de comportamento, pensamento, emoções ou capacidade cognitiva) está diretamente associado à idade do paciente (6).

Haveria "janelas de vulnerabilidade", nas quais, na infância, ocorreriam sintomas comportamentais, na adolescência e início da idade adulta sintomas de pensamento, ao longo da idade adulta basicamente sintomas de esfera afetiva e emocional e, a partir do final da idade adulta expressão na área de capacidade cognitiva (6). Tais sintomas, no caso, podem ser expressão de alterações tumorais, infecções do SNC ou, mais frequentemente, a uma encefalite subaguda causada pela ação direta do vírus no cérebro, e que é conhecida como o "complexo demencial da SIDA" (8). Clinicamente, este complexo demencial apresenta-se com alterações cognitivas (diminuição de memória recente, dificuldade de concentração, hipoprosexia, lentificação da associação das idéias), motoras (fraqueza muscular, incoordenação motora, lentidão, tremores, ataxia) e comportamentais (apatia, isolamento social, humor disfórico, sintomas delirantes). A evolução final pode ser para demência severa, com a expressão completa de sintomas classicamente descritos em demências de outras etiologias (9). A demência pode ter um início insidioso, com o exame das funções mentais sem evidência de déficits grosseiros. O líquor nesta fase inicial pode ser límpido com discreto aumento de células e proteínas. Somente em fases intermediárias e tardias se observam alterações compatíveis pela tomografia computadorizada de cérebro (TCC) com quadros demenciais.

Holland e Tross (3) seguiram 180 pacientes por três anos e evidenciaram disfunção cognitiva em 50% de sua série. Igualmente, estudos post-mortem de cérebro evidenciaram prevalência de até 50% de alterações compatíveis com encefalite (3).

Associado a grande afinidade do vírus com o SNC, uma questão importante enfrentada por estes pacientes diz respeito à necessidade de elaborar um esforço adaptativo para fazer frente à doença e seus corolários, e que já foi descrita por um dos autores em trabalho anterior (10). A maioria dos pacientes com SIDA são pessoas jovens, em início de suas carreiras e vidas afetivas, e que subitamente se vêem tolhidas de planos e perspectivas de desenvolvimento. Devem aprender a lidar não só com estas perdas, mas também com a perda de sua imagem corporal anterior (envelhecimento precoce, alopecia, eventualmente deformações e alterações dermatológicas importantes), de amigos e eventualmente companheiro/as, de trabalho e rendimento econômico. A este conjunto de perdas, soma-se a presença constante da morte, e a antecipação desta evolução dentro dos recursos terapêuticos disponíveis no momento.

Os pacientes podem desenvolver sintomas depressivos de algum potencial adaptativo, que lhes permitam remanejar suas vidas, viver e morrer sem sofrimento exagerado e obter uma razoável qualidade de vida. Podem também desenvolver sintomas depressivos mais intensos que permitam o diagnóstico de Reações de Ajustamento com Humor Depressivo ou mesmo Depressão Maior. Não é rara a presença de ideação suicida, especialmente no período inicial de diagnóstico de viremia positiva e observação de primeiros

sintomas. No entanto, as tentativas de suicídio são relativamente raras.

No momento seguem existindo muitas lacunas no conhecimento a respeito desta doença, fatores comportamentais que afetem seu curso e resposta clínica, conseqüências ambientais da SIDA e de suas condições associadas, e utilidade de intervenções que visem prevenir o contágio, modificar padrões de comportamento de risco e reduzir o impacto e carga da doença sobre paciente, família e sociedade. Acredita-se que um maior conhecimento sobre estes fatores possibilitará melhor prevenção da doença, tanto primária (redução do número de novos casos), secundária (identificação precoce de casos, incluindo de casos de demência, aumento da obediência a regimes terapêuticos e menor índice de abandono) e terciária (reduzindo a incapacitação e sobrecarga do cuidado destes doentes).

Em cima destas necessidades, a Divisão de Consultoria Psiquiátrica do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em conjunto com a Chefia da Unidade de Tratamento de Pacientes com AIDS, definiu como prioridades de investigação colaborativa com a Unidade de AIDS o estudo da morbidade psiquiátrica destes pacientes, para num segundo tempo estudar o impacto da doença sobre a família, a adaptação psicossocial à doença e os fatores associados a maior impacto sobre a família. No presente documento são apresentados e discutidos achados preliminares desta primeira etapa.

MÉTODOS

Foram incluídos no presente estudo todos os casos internados no HCPA no período de agosto a dezembro de 1988, para diagnóstico e tratamento de SIDA. Foram excluídos os pacientes com menos de 15 ou mais de 60 anos, com condições clínicas que impossibilitavam exame psiquiátrico na primeira semana de internação, e alguns casos que, pelo volume elevado de baixas no período, não puderam ser avaliados dentro da semana inicial. Todos os casos foram avaliados dentro da primeira semana de baixa. Foram aplicados dois instrumentos de avaliação de condições psiquiátricas: uma para demência e outro para depressão.

A depressão foi avaliada através do Inventário de Beck para Depressão (Beck Depression Inventory-BDI) (11). De acordo com a literatura (11) esta escala, por possuir menos itens de medida de sintomas somáticos e mais itens de medida de sintomas cognitivos, oferece maior discriminação para depressão em população clínica. A medida de depressão foi definida em três categorias, obedecendo sugestões do próprio autor: a) acima de 13 pontos: presença de depressão; b) entre 21 e 30 (inclusive): depressão moderada; e c) acima de 31: depressão severa.

A medida de déficit cognitivo foi obtida através do Mini-Exame do Estado Psiquiátrico (Mini-Mental-State-Examination-MMSE) de Folstein e cols. (12). Este

exame tem sido amplamente utilizado em estudos clínicos, e possui fácil aplicação e se concentra nos aspectos cognitivos das funções mentais (11, 13). Para o MMSE foram utilizados os pontos de corte sugeridos pelos autores: 17-18 para disfunção cognitiva severa-moderada; 23-24 para disfunção cognitiva moderada — sem déficit.

Cada exame foi aplicado sempre pelo mesmo pesquisador, após treinamento de duas etapas: a) entrevista conjunta acompanhado com um dos autores; e b) casos conhecidos.

O teste de significância de diferenças entre grupos (deprimidos e não-deprimidos e com e sem déficit cognitivo) foi o de qui-quadrado com correção de Yates, escolhido apesar de ser uma estimativa considerada excessivamente conservadora por alguns autores, pelo fato de dar uma correção pela ocorrência de baixas freqüências em caselas de cruzamentos 2 X 2. Sua fórmula foi de:

$$X^2 \text{ (corr Yates)} = [(ad - bc) - 1/2 n]^2 / n_1n_2m_1m_2$$

RESULTADOS

Durante o período de pesquisa foram internados 80 pacientes na Unidade. Foram avaliados para Déficit Cognitivo (DC) e Depressão 32 pacientes (40% dos casos baixados), sendo 31 homens e uma mulher. A idade variou entre 15 e 58 anos (média de 35 anos). Ocorreram 5 óbitos (16%) durante o período de avaliação. O tempo médio de internação destes 5 pacientes que faleceram foi de 15 dias. Os demais 25 pacientes que não faleceram tiveram um tempo de internação que variou de 4 a 48 dias (média de 14 dias). Quanto à escolaridade, 42% tinham até primeiro grau, 31% o segundo grau, e 27% o terceiro. Quanto ao grupo de risco, 25 pacientes (78%) eram homo-bissexuais masculinos, 4 (13%) usuários de drogas endovenosas (2 dos quais pertenciam também ao primeiro grupo) e 4 (13%) eram transfundidos com sangue ou derivados contaminados (sendo dois deles hemofílicos). O remanescente era de grupo de risco não determinado.

Dos trinta pacientes, 23 apresentaram condições de responder o MMSE, e 25 o BDI. Sete responderam somente ao MMSE e 9 somente ao BDI (16 responderam aos dois). Estas diferenças de número de exames de MMSE e BDI se deveu ao fato de que os testes eram aplicados por diferentes pesquisadores em diferentes dias, com altas e óbitos forçando a interrupção da coleta de dados. Os 48 pacientes baixados e não avaliados não possuíam condições clínicas de responder aos exames ou constituíram acúmulo de casos que superou a capacidade de coleta de dados dentro da primeira semana de baixa.

Os achados de déficit cognitivo foram: 18 casos (78%) sem alterações, 3 (13%) com déficit moderado e 2 (8,6%) com déficit severo. Trinta e sete por cento dos pacientes com escolaridade máxima primária apresentaram algum grau de disfunção cognitiva, contra 15% dos pacientes com instrução secundária ou

terciária. Dos onze itens medidos no MMSE os que mostraram maior número de erros foram o de cálculo (subtrair 7 a partir de 100 por cinco vezes sucessivas) (100% de erro nos portadores de déficit cognitivo (DC), contra 28% dos sem déficit); redação de uma frase e desenho de dois pentágonos em intersecção (80% de erro em pacientes com DC contra 6% em pacientes sem DC) e obediência de um comando escrito (fechar os olhos) (60% de erro em casos de DC, contra 6% em casos sem DC). Os testes de significância (qui-quadrado com correção de Yates) mostraram diferença para escrever e desenhar polígono ($X^2 = 8,75$ para os dois) seguidos de orientação espacial ($X^2 = 6,39$), efetuar cálculo de subtração de sete em sete números ($X^2 = 5,11$), ler e obedecer comando ($X^2 = 4,73$) e orientação temporal ($X^2 = 4,72$). Os demais valores (sensibilidade e valor preditivo positivo (VPP) podem ser vistos na Tabela 1.

TABELA 1

Porcentagem de Erros em Itens do MMSE - Pacientes com SIDA-HCPA

Item	Com DC	Sem DC	X2 (Yates)
Orientação temporal	20	17	4,72*
Orientação espacial	20	11	6,39*
Memória - registro	20	0	0,23
Memória - cálculo	100	18	5,11*
Memória - evocação	20	0	0,49
Linguagem - nomear	0	0	0,00
Linguagem - repetir	0	0	0,00
Realização comando	20	22	0,52
Ler/obedecer	60	6	4,73*
Escrever frase	80	6	8,75*
Construção visual	80	6	8,75*

* = $p \leq 0,05$

TABELA 2

Sintomas de Depressão - Pacientes com SIDA - HCPA - 1989

Item	%D	%não-D	%Total	X2 (yates)
1. Humor	67	30	52	1,93
2. Pessimismo	47	0	28	4,37*
3. Fracasso	20	0	28	0,77
4. Insatisfação	80	10	52	9,14*
5. Culpa	13	0	8	0,20
6. Punição	47	30	40	0,17
7. Autodepreciação	13	0	8	0,20
8. Autoacusação	53	20	40	1,56
9. Suicídio	27	10	2	0,26
10. Choro	67	20	48	3,53
11. Irritabilidade	93	30	68	8,34*
12. Isolamento	60	0	36	6,95*
13. Indecisão	60	0	36	6,95*
14. Imagem corpo	27	40	32	1,29
15. Inibição trabalho	87	20	60	8,51*
16. Sono	87	30	64	6,08*
17. Fadiga	93	40	72	7,03*
18. Apetite	80	50	68	1,29
19. Peso	93	70	84	1,00
20. Preocupação saúde	80	40	24	2,61
21. Líbido	87	60	76	0,80

* = $p \leq 0,05$

Os resultados de BDI foram: 10 casos (40%) sem sintomatologia depressiva, 10 (40%) com depressão

leve; 2 (8%) depressão moderada e 3 (12%) com depressão severa. Dos 21 itens do BDI, os que foram assinalados positivos com maior frequência (com pontuação de 1,2 ou 3) foram os de alteração de peso (84%), redução da libido (76%), fadiga (72%), irritabilidade (68%), preocupação com a saúde (64%), alterações no sono (64%) e inibição no trabalho (60%). O teste de significância através do qui-quadrado (X^2) com correção de Yates mostrou diferenças entre depressivos e não depressivos nos itens de insatisfação, irritabilidade, inibição no trabalho, fadiga, sono, isolamento e indecisão, e pessimismo. As menores diferenças foram encontradas para os sintomas de sentimentos de punição, idéias de suicídio, redução de libido e autodepreciação (todos com 2 menor do que 1). Dentro dos que tiveram idéias de suicídio (6 casos), somente um referiu que se mataria se tivesse oportunidade (4% dos examinados) (tabela 2).

DISCUSSÃO

A medida de 22% de déficit cognitivo nos pacientes do estudo é um dado que está de acordo com o relato de literatura acerca da alta prevalência desta disfunção. Entretanto, os demais estudos utilizaram instrumentos de medida diferentes, encontrando prevalência de aproximadamente 50% (2, 3, 8). Atkinson e col., e Grant e col. (2, 3) evidenciaram, através de testes neuropsicológicos mais sensíveis, que 87% dos pacientes com SIDA, 54% dos pacientes com os chamados "complexos associados a SIDA" e 42% dos pacientes considerados assintomáticos ou levemente sintomáticos, apresentavam alterações neuropsicológicas. Segundo os mesmos autores, vários destes pacientes apresentavam TCC normal, com alterações visualizadas somente através da ressonância magnética cerebral (RMC). Neste trabalho, índice mais baixo pode ser expressão da baixa sensibilidade do instrumento utilizado, uma vez que o índice está abaixo mesmo daquele encontrado para pacientes assintomáticos ou levemente sintomáticos.

A análise individual dos itens chama atenção para a aparente especificidade de alguns itens do MMSE (cálculo, redação de frase, cópia de desenho, orientação espacial e temporal e obediência a comando escrito), contra escores semelhantes para medidas de memória de registro e evocação, linguagem, e cumprimento de comando verbal. Deve-se reconhecer a limitação da generalização destes achados, devido ao reduzido tamanho da amostra, mas, de qualquer maneira, pode-se pensar que o déficit cognitivo não se expressaria de forma generalizada, mas em aspectos específicos, principalmente aqueles envolvendo raciocínios mais complexos (cálculo, redação livre, análise de registros gráficos).

A análise de itens de MMSE mostra que aqueles que usualmente são investigados na anamnese clínica, como orientação espacial e temporal (onde se está, dia, local, etc.) e compreensão de linguagem falada, efetivamente identificaram casos de déficit cog-

nitivo (o item de orientação temporal, por exemplo, identificou 4 dos 5 casos). No entanto, outros itens menos utilizados na prática clínica, como redação de frase e desenho de polígonos também mostraram um alto reconhecimento de déficit. Isto reforça a recomendação de se examinar sistematicamente todas as dimensões de cognição. Feito isto, evitar-se-ia o duplo prejuízo de não reconhecimento precoce de um processo cerebral e a falha de detecção de dificuldades na compreensão e entendimento do que está se passando no ambiente e com o próprio indivíduo, em uma pessoa que está prejudicada no seu raciocínio e na sua capacidade de expressão simbólica. O corolário clínico deste processo é o de uma pessoa que tem uma potencialidade maior para má adaptação a doença, baixa eficiência na reorganização e planejamento de sua vida e dificuldades na compreensão do que a equipe médica está planejando e prescrevendo para ele. A seqüência final deste processo pode ser um paciente não diagnosticado adequadamente, maladaptado, seguindo mal as determinações médicas, sem entender direito o que está acontecendo e sem poder expressar-se adequadamente. Com isto, pode-se pensar na necessidade de maior padronização de métodos de detecção de déficits nos pacientes aidéticos, ampliando as dimensões utilizadas usualmente, para incluir outros aspectos, em especial medidas de raciocínio mais complexo e elaborado. Igualmente, deve-se pensar em treinamento de técnicos para fornecerem explicações mais simples e claras, de diferentes níveis (verbal e escrito), mantendo-se acessíveis para complementar informações que o paciente possa vir a necessitar. Neste treinamento deve-se também transmitir que os problemas do paciente não são só aqueles de nível emocional (de dinamismos e defesas psicológicas frente a uma doença mortal e assustadora), mas também de nível cognitivo (de explicação clara para o paciente, de investigação minuciosa de suas dificuldades de compreensão e de uso de sistemas adicionais de comunicação para o melhor seguimento de orientações médicas).

Outro dado que chama atenção é o ligado a evidência de que 37% dos pacientes analfabetos ou com instrução primária apresentaram déficit cognitivo medido pelo MMSE, contra 15% daqueles com escolaridade secundária ou terciária. Apesar de ser sabido que a escolaridade modifica o desempenho do teste por si só (modificando a sensibilidade e especificidade (12-15), e de não se dispor de medidas de MMSE prévias a doença nestes pacientes, pode-se pensar que estes pacientes de mais baixa escolaridade expressariam mais facilmente perturbação de sistema nervoso central. Para se poder afirmar isto, porém, seria necessário um delineamento diferente do estudo, prospectivo, com medida prévia de funcionamento cognitivo, e medidas seqüências de desempenho não só num teste clínico, mas em outras dimensões observáveis, como bem-estar, adaptação psicossocial, cumprimento do tratamento, etc.

A apreciação dos resultados de medida de depressão pelo BDI é concordante com relatos de alta pre-

valência desta em pacientes aidéticos, apesar das limitações quanto à comparabilidade dos achados devido à natureza diferente das amostras. Todos os trabalhos aos quais se teve acesso referiam estudo de pacientes aos quais foi solicitada consultoria psiquiátrica, enquanto que no presente trabalho a escolha foi feita independente do fato de clínico pensar ser um caso psiquiátrico ou não. Dilley (5) numa amostra de 12 pacientes de consultoria encontrou 9 (75%) com depressão (reação de ajustamento com humor deprimido ou depressão maior). No Brasil, Maltz e Menezes (16) encontraram prevalência de 50% de síndromes depressivas em pacientes gerais com SIDA, medidas através de entrevistas psiquiátricas não estruturadas. Alguns dos autores do presente trabalho (Strassburger, Abreu e Cacilhas) encontraram prevalência de 21% de depressões em consultorias realizadas no HCPA (17). Atkinson e colegas em um estudo controlado de prevalência de desordens psiquiátricas em pacientes HIV positivos seguidos em ambulatório, com uso de instrumentos padronizados, evidenciam índice de 10,7% após o diagnóstico de viremia positiva, comparado com 3% para os controles (3). O presente estudo permite algumas comparações, mesmo que limitadas, com o estudo de Maltz e Menezes (16), e mostra que a diferença de 10% a mais de depressão pode se dever a uma maior sensibilidade do instrumento em relação a entrevista psiquiátrica. Isto no entanto é especulativo, uma vez que as amostras foram diferentes e em tempos diferentes.

Quanto às diferentes graduações de depressão (leve, moderada e severa) com o uso de pontos de corte recomendados por vários autores (18, 19) pode-se dizer que, apesar de alta prevalência (60%), a maior parte é de intensidade leve (40%), e que pode ser expressão de reações de ajustamento. No entanto, os 12% de depressões severas não podem ser considerados indicadores desprezíveis. Estes pacientes podem representar uma fração necessitada de abordagem diferenciada e cuidados especiais.

A análise individualizada dos itens de depressão revela que a insatisfação mostrou significância (qui-quadrado com correção de Yates, ou $X^2 = 9,14$), seguida de inibição no trabalho ($X^2 = 8,51$), irritabilidade ($X^2 = 8,34$), fadiga ($X^2 = 7,03$), isolamento e indecisão ($X^2 = 6,95$), diminuição do sono ($X^2 = 6,08$) e pessimismo ($X^2 = 4,37$), e que estas seriam as questões dominantes nos pacientes deprimidos, em contraste com os não-deprimidos. Contrária também algumas expectativas, como por exemplo a de que pacientes aidéticos deprimidos teriam alta prevalência de idéias e pensamentos de morte e suicídio ($X^2 = 0,26$) e de culpa ($X^2 = 0,20$).

Aparece um perfil de pessoas com a sensação de estarem insatisfeitas, inibidas no seu trabalho, se irritando e se cansando facilmente, indecisas, dormindo pouco e pessimistas a respeito de seu futuro, e que apesar disto não pensam em se matar mais, ou se sentem mais culpadas do que aquelas pessoas não-deprimidas, também com SIDA. Isto leva a consideração sobre a necessidade de abordagem destas questões

especiais envolvendo insatisfação, inibição, irritabilidade, cansaço, indecisão, insônia e pessimismo, para aliviá-los de maior sofrimento do que o necessário em situações de doença grave e de mau prognóstico. Surge igualmente, nesta situação, a questão da limitação do estudo, pelo reduzido tamanho da amostra, e sobre a representatividade da mesma, uma vez que foram perdidos casos em semanas de elevado número de baixas, e que poderiam refletir padrões diferentes de sintomas depressivos.

Em resumo, pode-se dizer que apesar do número restrito de casos estudados, limitações da amostra e ausência de padrão ouro para os diagnósticos estudados, o presente trabalho levanta algumas questões importantes no que toca ao estudo dos aspectos psiquiátricos de pacientes aidéticos: o déficit cognitivo e a depressão seriam problemas prevalentes, com características peculiares. A nível de funcionamento cognitivo, haveriam problemas em especial com cálculo, compreensão não verbal, e execução de tarefas mais complexas, não detectáveis por métodos convencionais de exame que privilegiam o interrogatório falado e testes de memória, e que, potencialmente, pode levar a baixo cumprimento de recomendações médicas e mal adaptação à doença.

A depressão seria bastante prevalente, mas de intensidade leve, havendo aproximadamente 10% de pa-

cientes com problemas severos que necessitariam abordagem diferenciada. O perfil de sintomas aponta para a problemática da insatisfação com a própria vida, irritabilidade, isolamento e indecisão, cansaço fácil, inibição no trabalho, sono reduzido e pessimismo acerca do futuro. Esta problemática pode ser reduzida pela detecção sistemática com uso de métodos objetivos e confiáveis, assim como também por tarefa de remotivação e preparo para retomada de trabalho, reforço das relações de relação social e reforço na tomada de decisões.

Por fim, o trabalho, por suas limitações, aponta os estudos mais amplos efetuados de maneira mais sistemática, com adoção de padrões de referência mais definidos para confirmação diagnóstica, e com o uso de medidas multidimensionais para a avaliação do impacto e conseqüências da SIDA sobre pacientes e seu meio. Estas perspectivas, em parte, já estão sendo atendidas, em protocolo em desenvolvimento na mesma unidade, utilizando entrevistas semiestruturadas geradoras de diagnósticos com razoável grau de confiabilidade e validade, utilizando instrumentos já testados no Brasil (Clinical Interview Schedule e DSM-III Checklist) (20) e com medida simultânea de adaptação psicossocial e impacto na família com instrumentos de confiabilidade mensurável (21, 22).

BIBLIOGRAFIA

1. Tema. *Revista da Fundação Oswaldo Cruz*, Ed Especial sobre AIDS, 1987.
2. Grant I et al. Evidence for Early Central Nervous System Involvement in the Acquired Immunodeficiency Virus (AIDS) and other Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infections. *Annals of Internal Medicine* 1987; 107: 828-36.
3. Atkinson J, Hampton et al. Prevalence of Psychiatric Disorders among men infected with Human Immunodeficiency Virus — A controlled study. *Archives of General Psych* 1988; 45: 859-64.
4. Perry S L & Jacobsen P. Neuropsychiatric Manifestations of AIDS-Spectrum Disorders. *Hosp & Community Psych* 1986; 37 (2): 135-42.
5. Faustlich M E. Psychiatric Aspects of AIDS. *Am J Psych* 1987; 144 (5): 551-6.
6. Weinberger D. Implications of Normal Brain Development for the pathogenesis of Schizophrenia. *Arch Gen Psych* 1987; 44 (7): 660-70.
7. Freitas L, Menezes V. Atendimento Ambulatorial da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida: Considerações e Propostas do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre 1987; manuscrito não publicado, 7 pp.
8. Navia Bradford et al. The AIDS — Dementia Complex: I Clinical Features. *Annals of Neurology* 1986; 19 (6).
9. Wygaarden, Smith (Eds). *Cecil Textbook of Medicine*, 18th Ed, Ed WB Saunders, 1988.
10. Ferreira P, Abreu P. Aspectos psicológicos da AIDS. *Rev ABP-APAL* 1988; 10 (2): 42-6.
11. Cavanaugh S. The prevalence of Emotional and Cognitive Dysfunction in General Medical Hospital using the MMSE, GHQ and BDI. *Gen Hosp Psych* 1983; 5: 15-24.
12. Folstein M et al. "Mini-Mental State" — A practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *J of Psychiatric Research* 1975; 12: 189-98.
13. Escobar J et al. Use of Mini-Mental State Examination (MMSE) in a community population of mixed ethnicity. *The Journal of Nervous and Mental Dis* 1986; 174 (10): 607-14.
14. Bird H et al. Use of Mini-Mental State Examination in a probability sample of Hispanic population. *The Journal of Nervous and Mental Dis* 1987; 175 (12): 731-37.
15. Myers B. The Mini-Mental in those with developmental disabilities. *The Journal of Nervous and Mental Dis* 1987; 175 (2): 85-9.
16. Maltz F, Menezes V. Sintomas psiquiátricos em pacientes portadores de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida: Relato de dois casos. In: *Congresso de Psiquiatria da Região Sul*, Gramado, 1987. Manuscrito não publicado.
17. Strassburger M, Abreu P, Cacilhas A. Relato das consultorias na área destinada ao atendimento dos pacientes com AIDS no HCPA em 1988. *Manuscrito não publicado*, 10 pp, apresentado na Jornada de Psiquiatria Dinâmica em Gramado, RS, abril 1989.
18. Cavanaugh S. Diagnosing depression in the hospitalized medically ill. *Psychosomatics* 1983; 24 (9): 809-15.
19. Rodin G. Depression in the Medically ill: An Overview. *Am J Psych* 1986; 143: 696-705.
20. Sen B, Wilkinson G, Mari J J. Choice of Instruments and cost-effectiveness. *Br J Psych* 1987; 151: 33-8.
21. Pai S, Kapur R. The burden on the family of a psychiatric patient — development of an interview schedule. *Br J Psychiatry* 1981; 138: 322-5.
22. Derogatis L. The Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS) *Journal of Psychosomatic Research* 1986; 30 (1): 77-91.