

# Depressão, estresse e alexitimia em pacientes com infecção pelo vírus HIV

Verônica da Silveira Leite<sup>1</sup>, Daniela Darce Motta<sup>2</sup>, Miguel Spack Junior<sup>3</sup>, Silvana Marques Araujo<sup>4</sup> e Áurea Regina Telles Pupulin<sup>4\*</sup>

<sup>1</sup>Curso de Graduação em Medicina, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil. <sup>2</sup>Departamento de Psicologia, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil. <sup>3</sup>Programa de Pós-graduação em Saúde Mental Universidad Abierta da Cataluña, Espanha. <sup>4</sup>Departamento de Análises Clínicas, Universidade Estadual de Maringá, Av. Colombo, 5790, 87020-900, Maringá, Paraná, Brasil. \*Autor para correspondência. E-mail: artpupulin@uem.br

**RESUMO.** Durante o curso da infecção pelo HIV, é comum a depressão; um alto nível de estresse pode derivar em uma menor competência imunitária. Alexitimia é uma reação "estado" para os efeitos de doenças físicas sérias. Este trabalho teve como objetivo avaliar níveis de depressão, estresse e alexitimia em pacientes portadores de HIV correlacionando-os ao nível de células TCD4+ e ocorrência de infecções oportunistas. Foram selecionados 50 pacientes portadores de HIV. Escalas para avaliação dos níveis de depressão, estresse e alexitimia foram aplicadas. Houve depressão leve em 48% dos pacientes, moderada (28%) e grave (4%). São alexitimicos 82%. Apresentaram sintomas físicos e psicológicos do estresse 78%. Pacientes com taxa de linfócitos TCD4<200/mm<sup>3</sup> apresentaram maior percentual de depressão, estresse e alexitimia. Observou-se ocorrência maior de infecções oportunistas nos pacientes com depressão, independente da taxa de linfócitos T CD4+. Estes resultados sugerem relação entre depressão, estresse, alexitimia e maior infecção pelo vírus HIV.

**Palavras-chave:** depressão, estresse, alexitimia, HIV.

**ABSTRACT.** Depression, stress and alexitimy in patients with infection by the HIV virus. During the course of the infection by HIV, depression is common. A high stress level can result in a smaller imunitary competence. Alexitimy is a reaction "state" for the effects of serious physical diseases. This work aimed to evaluate the depression levels, stress and alexitimy in patients infected with HIV. Fifty patients were selected. Depression, stress and alexitimy were evaluated. The application of scales showed low depression in 48% of patients, moderate in 28% and serious in 4%. 82% are alexitemics and 78% presented physical and psychological symptoms of stress. Patients with TCD4 linfocites tax <200/mm<sup>3</sup> presented a higher percentual of depression, stress and alexitimy. It was observed a higher incidence of opportunist infections in the patients with depression, whatever the linfocites T CD4+ tax was. These results suggest relation among depression, stress, alexitimy and higher infection by HIV.

**Key words:** depression, stress, alexitimy, HIV.

## Introdução

Durante o curso da infecção pelo HIV, os transtornos psiquiátricos são comuns.

Desde o início da epidemia descreve-se uma Síndrome caracterizada por depressão, apatia e isolamento social. O tropismo do vírus pelo Sistema Nervoso Central (SNC) e o dramático impacto psicológico do diagnóstico e da evolução da infecção nos indivíduos afetados são sugeridos como responsáveis pelos transtornos psiquiátricos (Shaw *et al.*, 1985). Estudos prospectivos na população HIV positiva e na população em risco estimam que a prevalência dos transtornos depressivos variam de 22,1 a 51% com uma incidência em 6 a 12 meses variando

de zero a 18,4% em pessoas soropositivos e de zero a 9,1% na população soro negativa em risco. Estes índices são todos elevados quando comparados com as estimativas ao longo da vida (5 a 17%) e diagnósticos atuais da incidência (3 a 10%) da depressão maior em amostras populacionais da comunidade geral (Malbergier e Schoffel, 2001). Estudos recentes reforçam a existência de uma relação entre progressão da doença causada pelo HIV e presença de estresse e depressão (Antelman *et al.*, 2007; Chan *et al.*, 2007; Hand *et al.*, 2007).

Pensa-se também, que a destruição dos vírus pelas células chamadas mielomonócitos no SNC gera, como subproduto, um material viral neurotóxico o qual, junto com moléculas produzidas

pelo próprio organismo, pode conduzir os neurônios a morte (Corasanti *et al.*, 2003).

Alterações neuropsicológicas foram encontradas em 9% de um grupo de pacientes soronegativos, 87% de alterações em pacientes que já haviam desenvolvido a AIDS e 44% de alterações em pacientes soropositivos (Grant e Atkinson, 1990). Cole *et al.* (2007) avaliou irritabilidade, apatia, depressão e ansiedade em 189 pacientes soropositivos comparados a um grupo soronegativo associando estas alterações aos efeitos do HIV na região frontal-subcortical do SNC.

A hipótese da relação entre o nível de estresse e a progressão do HIV foi levantada observando-se que nos pacientes com maiores níveis de estresse, existia uma diminuição dos linfócitos T-CD4+ indicativo de progressão viral (Goodkin *et al.*, 1992). A relação entre um elevado nível de estresse e uma mais rápida progressão do HIV foi proposta após o acompanhamento de pacientes depois de 5,5 anos, a probabilidade de desenvolver AIDS estaria duas a três vezes maior nos pacientes cujo nível de estresse estava acima da média, comparada aqueles cujo nível de estresse estava abaixo da média (Leserman *et al.*, 1999).

Alexitimia primariamente é descrita como um traço da personalidade caracterizada pela dificuldade em identificar o próprio estado emocional, com uma vida de fantasia mínima e inabilidade para fantasiar produtivamente e um foco de interesses externos e somáticos. Secundariamente, alexitimia é uma reação "estado" para os efeitos de doenças físicas sérias, talvez uma defesa contra depressão ou dor ou ambas (Campbell, 1996). Sugere-se ainda a possibilidade de relação entre alexitimia e distúrbios psicossomáticos (Sriram *et al.*, 1987).

Este trabalho teve como objetivo avaliar níveis de depressão, estresse e alexitimia em pacientes portadores de HIV correlacionando-os ao nível de linfócitos T CD4+ e ocorrência de infecções oportunistas.

## Material e métodos

### População

A população em estudo constituiu-se de pacientes portadores de HIV atendidos no Centro de Apoio Emaús-Maringá, Estado do Paraná. A Casa de Apoio atende pacientes da 15ª Regional de Saúde envolvendo 30 municípios da região Noroeste do Paraná.

### Desenho do estudo

Foi realizado estudo observacional transversal prospectivo.

### Amostra

Foram selecionados 50 pacientes por meio de amostra sistemática utilizando-se as fichas cadastrais dos pacientes em ordem alfabética, selecionou-se pacientes iniciando pelo número 3 e depois múltiplos de três até atingir-se a amostragem necessária. Após explicação do trabalho assinavam o termo de consentimento aprovado pelo Comitê de Ética para Pesquisa em Seres Humanos. O cálculo da amostra foi realizado utilizando o programa EPI-INFO 2002-versão 6.0. O tamanho da população da qual a amostra foi obtido corresponde ao total de indivíduos cadastrados na Casa de Apoio-175. O nível de confiabilidade considerado foi de 90%.

### Período de coleta de dados

Agosto/2004 a novembro/2005.

### Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética para pesquisa em seres humanos da Universidade Estadual de Maringá, Estado do Paraná.

### Instrumentos de coleta de dados

Foi aplicado um questionário socioeconômico constando os itens: hábitos de vida, renda familiar, escolaridade, uso de drogas álcool e ou drogas ilícitas, uso de medicamentos, taxa de linfócitos TCD4+ e ocorrência de infecções oportunistas.

Para avaliação e mensuração de depressão foi utilizada a Escala de Hamilton para depressão (disponível em <http://www.ufrgs.br/psiq/hamdepr.html>). A Escala de Hamilton para depressão aborda itens referentes ao humor deprimido, sentimentos de culpa, suicídio, insônia (inicial, intermediária, tardia), trabalho e atividades, retardo, agitação, ansiedade (psíquica, somática, gastrointestinal), sintomas somáticos gerais, hipocondria, perda de peso, consciência, despersonalização e perda da realidade, sintomas paranóides, sintomas obsessivos e compulsivos.

Para a avaliação e mensuração do estresse foi utilizado Inventário de Sintomas de Estresse (ISE) de autoria de Benevides-Pereira (2002). O Inventário de Sintomas de Estresse (ISE) apresenta afirmações relativas aos sintomas referenciados na literatura como frequentes ou característicos de estresse na vida diária. O instrumento compreende 27 itens, sendo 07 referentes ao Fator sintomas físicos de estresse (SF) e os demais ao Fator sintomas psicológicos de estresse (SP).

A avaliação e mensuração de alexitimia foram realizadas utilizando-se a Escala intitulada "Toronto Alexithymia Scales-TAS" na versão portuguesa (Yashida, 2000).

Todos os instrumentos foram aplicados somente por uma das autoras, o que garantiu a uniformidade no contato e na coleta de dados. As entrevistas foram individuais, agendadas previamente em local combinado (casa de Apoio) com o participante e tiveram duração média de vinte minutos. As análises foram realizadas de acordo com a padronização e validação de cada instrumento.

**Análise estatística**

As diferenças de proporção foram analisadas pelo teste do Qui-quadrado.

**Resultados**

A faixa etária dos pacientes foi de 20 a 57 anos com média de 39 anos, 52% do sexo masculino e 48% feminino. A renda mensal/família foi de um a três salários mínimos provenientes de aposentadorias (12%) e trabalhos esporádicos (58%), apenas 30% têm trabalho fixo. Com relação à escolaridade 4% não estudou, 64% cursaram Ensino Fundamental e 32% completaram o Ensino Médio. Quanto ao mecanismo de infecção 18% relatam transmissão por uso de drogas injetáveis (UDI), 74% adquiriram o vírus através de contato heterossexual, 6% contato homossexual e 2% através de transfusão sanguínea. Afirmaram uso de álcool ou drogas ilícitas 34 (68%) pacientes. Todos tomam medicamentos anti-retrovirais, 86% afirmam uso regular e 17% uso irregular destes medicamentos (Tabela 1).

**Tabela 1.** Distribuição de freqüência da população estudada de acordo com as características socioeconômicas (n = 50). Maringá, Estado do Paraná, 2004/2005.

Perfil	Sexo masc.	Sexo fem.	Total	
			n	%
Renda mensal				
Um Salário mínimo ou menos	15	17	32	64
2-3 Salários mínimos	11	07	18	36
UDI	06	03	09	18
Transmissão				
Transfusão Sanguínea	00	01	01	02
Heterossexual	16	21	37	74
Homossexual	03	00	03	06
Uso Álcool/Drogas ilícitas	20	14	34	68
Escolaridade				
Ensino fundamental	14	18	32	64
Ensino médio	11	05	16	32
Não estudaram	01	01	02	04

Masc. = Masculino; Fem. = Feminino.

A avaliação de depressão mostrou depressão leve em 24 (48%) dos pacientes, depressão moderada em 14 (28%) e depressão grave em duas (4%) dos pacientes (Tabela 2).

A avaliação de alexitimia indicou que 41 (82%) são alexitimicos, cinco (10%) indefinido e quatro (8%) não alexitimico. A avaliação do estresse indicou que 30 (60%) pacientes apresentaram sintomas psicológicos do estresse e 32 (64%) sintomas físicos, sendo que 39 (78%) apresentaram sintomas físicos e

psicológicos do estresse (Tabela 3).

**Tabela 2.** Níveis de depressão diagnosticado em pacientes portadores de HIV – Maringá, Estado do Paraná, 2004/2005.

Depressão	Pacientes	
	n	%
Leve	24	48
Moderada	14	28
Grave	02	04
Sem depressão	10	20
Total	50	100

**Tabela 3.** Resultados da aplicação de escalas para avaliação de alexitimia e estresse em pacientes HIV – Maringá, Estado do Paraná, 2004/2005.

Alexitimia	Paciente		Nível de estresse	Paciente	
	n	%		n	%
Indefinido	05	10	Estressado	39	78
Não Alexitimico	04	08	Não estressado	11	22
Alexitimico	41	82			
Total geral	50	100	Total geral	50	100

Ao relacionarem-se níveis de linfócitos T CD4+ e prevalência de depressão, estresse e alexitimia (Tabela 4) observa-se que pacientes com taxa de linfócitos T CD4+ < 200/mm<sup>3</sup> apresentaram maior percentual de depressão, estresse e alexitimia quando comparados ao grupo de pacientes com taxa de linfócitos T CD4+ > 200/mm<sup>3</sup> (Tabela 4).

**Tabela 4.** Correlação entre níveis de linfócitosTCD4+ e prevalência de depressão, estresse e alexitimia em pacientes portadores de HIV – Maringá – Estado do Paraná, 2004/2005

Níveis de linfócitos T CD4+	Depressão		Estresse		Alexitimia	
	n	%	n	%	n	%
< 200/mm <sup>3</sup> n = 24	21	87,5	21	87,5	20	83,30
> 200/mm <sup>3</sup> n = 26	19	73,0	18	69,2	16	61,54
Total n= 50	40		39		36	

\*p < 0,05.

Avaliando-se a ocorrência de infecções oportunistas no período do estudo observa-se uma ocorrência maior de infecções oportunistas nos pacientes com depressão, independente da taxa de linfócitos T CD4+ (Tabela 5).

**Tabela 5.** Ocorrência de infecções oportunistas associadas á depressão em pacientes portadores de HIV no período de agosto/2004 á novembro de 2005.

Níveis de linfócitos T CD4	Infecção oportunista com depressão		Infecção oportunista sem depressão	
	n	%	n	%
	< 200/ mm <sup>3</sup>	11	45,8	2
> 200/ mm <sup>3</sup>	12	46,2	2	4

\*p < 0,05.

**Discussão**

Este trabalho mediu ao mesmo tempo depressão, sintomas físicos e psicológicos do estresse e

alexitimia em um grupo de portadores de HIV cadastrados na casa de Apoio Emaús. Nenhum dos pacientes encontrava-se internado durante o estudo, consistindo em um grupo populacional homogêneo.

O percentual de depressão detectado nesta população foi elevado (80%), mas encontra-se dentro dos níveis esperados para tal população conforme descrito por Malbergier e Schofeel (2001). Um paciente deprimido tende a não tomar as medicações prescritas e a não acatar as orientações médicas, além do risco aumentado de suicídio, o que poderia justificar a maior ocorrência de infecções oportunistas nos pacientes com depressão apesar da manutenção de taxas de linfócitos TCD4+ >200/mm<sup>3</sup>. Dalessandro *et al.* (2007) estudou o efeito da terapia anti-depressiva em pacientes HIV mostrando que após tratamento com antidepressivos a adesão a terapia anti-retroviral foi maior do que nos pacientes sem tratamento com antidepressivos.

O estado deprimido, a insatisfação social e o excesso de desafios diários causam uma diminuição da imuno-competência do organismo que poderia levar a diminuição do número de linfócitos TCD4+ e mais especificamente das células "natural Killer" o que justificaria a maior ocorrência de infecções oportunistas em pacientes com depressão.

Há ainda infecções oportunistas que imitam depressão tais como pneumocistose pulmonar, toxoplasmose cerebral, meningite criptocócica e demência associada ao HIV o que poderia estar aumentando a prevalência e os níveis de depressão detectados.

Ainda que em alguns estudos iniciais de Miller e Cohen (2001) não se observaram relações significativas entre nível de estresse elevado e uma menor competência imunológica, sabemos que o estresse pode influir na produção de citocinas (Bonneau, 1996), pode afetar processos inflamatórios (Solomon, 1981), reativar vírus latentes (Glaser *et al.*, 1985). Assim como nestes estudos observou-se nesta população tal vínculo. No entanto, falta caracterizar de maneira pormenorizada a natureza de tal relação.

É hoje bem estabelecido as afirmações com relação às interações entre sistema imunológico e o nervoso (Solomon, 1999). Pode-se afirmar que o estresse tanto experimental como o natural estão associados à imunossupressão (Solomon, 1969). Os acontecimentos que produzem uma ativação específica, conhecido como estresse agudo induzem uma elevação da função imunológica (Naliboff *et al.*, 1991) Já o estresse crônico, induziria uma diminuição da competência imunológica. Quando falamos do estresse crônico poderíamos encontrar

alterações de órgãos ou sistemas devido à intensa e prolongada ativação essa resposta não seria adaptativa já que pode levar a danos orgânicos funcionais e estruturais. Por outro lado o mesmo não ocorre geralmente com o estresse agudo nestes casos após uma ativação se produziria uma recuperação espontânea dos níveis normais de funcionamento orgânico. Quando a resposta à situação de ameaça é desproporcional pode afetar órgãos específicos. De modo similar quando a resposta à situação é de menor intensidade que o nível tido como adaptativo, também podemos encontrar alterações orgânicas. Portanto não é somente a intensidade da resposta que determina a possível alteração orgânica (Solomon *et al.*, 1997).

Outra variável relacionada com a possível oscilação na imuno-competência se refere aos hábitos e estilos de vida. Nesta população temos aspectos tais como renda mensal baixa, uso elevado de álcool/drogas ilícitas, desemprego e baixa escolaridade fatores estes que geram agravo em todos os aspectos da vida do indivíduo e que levaria a um maior índice de depressão, estresse e alexitimia. Considerando o estresse crônico ao qual esta população sofre, muitas vezes antes até da infecção pelo vírus HIV é justificada a ocorrência de taxa de linfócitos T CD4+ <200/mm<sup>3</sup> associada à depressão+estresse+alexitimia sendo as variáveis medidas interdependentes e agravantes da infecção pelo HIV. Estreitamente ligado a estes parâmetros psicológicos estaria a demência provocada pelo HIV principalmente nos pacientes com contagem de linfócitos TCD4 abaixo de 200 células/mm<sup>3</sup> e que precisaria ser investigada.

A saúde deteriorada e possibilidades limitadas de tratamento aumentariam também o nível de depressão e estresse refletindo de forma negativa na vida dos pacientes. A percepção negativa pode dificultar a adesão ao tratamento gerando um ciclo vicioso.

Este trabalho reforça ainda a necessidade de equipes multidisciplinares no atendimento a pacientes HIV com intervenções focadas na melhoria da auto-estima, suporte social, diminuição do estresse e avaliação de depressão. Estas intervenções poderiam diminuir a progressão e mortalidade pelo HIV.

## Conclusão

Este trabalho corrobora com resultados relatados para outras populações HIV e reforça ainda a necessidade de equipes multidisciplinares no atendimento a pacientes HIV com intervenções focadas na melhoria da auto-estima, suporte social,

diminuição do estresse e avaliação de depressão. Estas intervenções poderiam diminuir a progressão e mortalidade pelo HIV

### Referencias

- ANTELMAN, G. *et al.* Depressive symptoms increase risk of HIV disease progression and mortality among women in Tanzania. *J. Acquir Immune Defic Syndr.*, Boston, v. 44, n. 4, p. 470-477, 2007.
- BENEVIDES-PEREIRA A.M.T. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador.* São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo, 2002.
- BONNEAU, R.H. Stress-induced effects on integral immune components involved in herpes simplex virus (HSV)-specific memory cytotoxic T lymphocyte activation. *Brain, Beh. Immunity*, St Gilles, v. 13, p. 139-163, 1996.
- CAMPBELL, R.J. *Psychiatric dictionary.* 7. ed. New York: Oxford University Press, 1996.
- CHAN, I. *et al.* Illness-related factors stress and coping strategies in relation to psychological distress in HIV-infected persons in Hong Kong. *Aids Care*, Hong Kong, v. 18, n. 8, p. 977-982, 2007.
- COLE, M.A. *et al.* Relationship between psychiatric and frontal-subcortical systems in HIV-infected individuals. *J. Int. Neuropsychol. Soc.*, Los Angeles, v. 13, n. 3, p. 549-554, 2007.
- CORASANTI, M.T. *et al.* Neurobiological mediators of neuronal apoptosis in experimental neuro AIDS. *Toxicol. Lett.*, New York, v. 4, n. 2, p. 199-206, 2003.
- DALESSANDRO, M. *et al.* Antidepressant therapy can improve adherence to antiretroviral regimens among HIV-infected and depressed patients. *J. Clin. Psychopharmacol.*, Chiety, v. 27, n. 1, p. 58-61, 2007.
- GLASER, R. *et al.* Stress, loneliness and changes in Herpes virus latency. *J. Behav. Med.*, Texas, v. 8, p. 249-260, 1985.
- GOODKIN, K. *et al.* Life stressors and coping style are associated with immune measures in HIV-1 infection. A preliminary report. *The International Journal of Psychiatry in Medicine. Biopsychosocial Aspects of Patient Care*, California, v. 22, n. 2, p. 155-172, 1992.
- GRANT, I.; ATKINSON, J.H. The evolution of neurobehavioural complications of HIV infection. *Psychol. Med.*, Ontario, v. 20, p. 747-754, 1990.
- HAND, G.A. *et al.* Perceived stress in HIV-infected individuals: physiological and psychological correlates. *Aids Care*, Columbia, v. 18, n. 8 p. 1011-1017, 2007.
- LESERMAN, J. *et al.* Progression to AIDS the effects of stress, depressive symptoms and social support. *Psychosomatic Med.*, Mainz, v. 61, p. 397-406, 1999.
- MALBERGIER, A.; SCHOFFEL, A.C. Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 160-167, 2001.
- MILLER, G.E.; COHEN, S. Psychological interventions and the immune system: a meta analytic review and critique. *Health Psychol.*, Calgary, v. 20, n. 1, p. 47-63, 2001.
- NALIBOFF, B.D. *et al.* Psychological, psychophysiological and immunological changes in young and old subjects during brief laboratory stress. *Psychosomatic Med.*, Los Angeles, v. 33, p. 121-132, 1991.
- SHAW, G.M. *et al.* HTLV-III infection in brains of children and adults. *Science*, Ann Arbor, v. 227, p. 177-182, 1985.
- SOLOMOM, G.F. Stress and antibody response in rats. *Int. Arch. Allergy*, Ontario, v. 35, p. 97-104, 1969.
- SOLOMON, G.F. Emotional and personality factors in the onset and course of autoimmune disease, particularly rheumatoid arthritis. In: ADER, R.A. (Org.). *Psychoneuroimmunology.* New York: Academic Press, 1981. p. 159-182.
- SOLOMOM, G.F. *et al.* Shaking up immunity psychological and immunological changes following a natural disaster. *Psychosomatic Med.*, Ontario, v. 39, p. 114-127, 1997.
- SOLOMOM, G.F. Immune and nervous system interactions. An analytic bibliography supporting postulates on communication links, similarities and implications. *The Fund for Psychoneuroimmunol.*, Los Angeles, v. 2, n. 3, p. 409-24, 1999.
- SRIRAM, T.G. *et al.* Controlled study of Alexithymia characteristics in patients with psychogenic pain disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, Ames, v. 47, p. 11-17, 1987.
- YASHIDA, E.M. Toronto Alexithymia Scale-TAS: precisão e validade da versão em Português. *Psicologia: Teoria e Prática*, Campinas, v. 2, n. 1, p. 59-74, 2000.

Received on January 15, 2007.

Accepted on May 03, 2007.