

Avaliação dos sintomas depressivos somáticos e afetivo-cognitivos de pessoas vivendo com HIV/AIDS

Assessment of somatic and affective-cognitive symptoms of people living with HIV/AIDS

Renata Karina Reis¹
Carolina de Castro Castrighini¹
Elizabeth Santos Melo¹
Giselle Juliana de Jesus¹
Artur Acelino Francisco Luz Queiroz¹
Elucir Gir¹

Descritores

HIV; Depressão; Sexo

Keywords

HIV; Depression; Sex

Submetido

10 de Outubro de 2016

Aceito

30 de Janeiro de 2017

Autor correspondente

Renata Karina Reis
Avenida dos Bandeirantes, 3900,
14040-902, Campus Universitário,
Monte Alegre, Ribeirão Preto, SP, Brasil.
rkreis@eerp.usp.br

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700009>



Resumo

Objetivo: Analisar os sintomas somáticos e afetivo-cognitivos de depressão segundo o sexo de pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Métodos: Estudo analítico realizado em serviços de atendimento especializado em Ribeirão Preto-SP, com amostra de 331 participantes. Para coleta de dados foram utilizados instrumento de caracterização sociodemográfica e o Inventário de Depressão de Beck (BDI).

Resultados: Dos entrevistados, 50,4% eram do sexo masculino e destes, 52,1% estavam na faixa etária de 20 a 35 anos. As mulheres apresentaram maior escolaridade ($p=0,001$) e menor renda ($<0,001$), e os homens apresentaram mais comorbidades ($p=0,004$). Identificou-se que as mulheres apresentaram maiores médias de escores de depressão, tanto no domínio somático ($p<0,001$) quanto no afetivo/cognitivo ($p<0,001$).

Conclusão: Os resultados deste estudo apontam que as mulheres apresentam maiores escores de sintomatologia depressiva do que os homens, tanto no domínio somático quanto no afetivo/cognitivo das subescalas do IDB.

Abstract

Objective: To analyze the somatic and affective-cognitive symptoms of depression according to the sex of people living with HIV/AIDS.

Methods: Analytic study developed at specialized care services in Ribeirão Preto-SP, including a sample of 331 participants. To collect the data, a sociodemographic characterization tool and Beck's Depression Inventory (BDI) were used.

Results: Among the interviewees, 50.4% were male, 52.1% of whom in the age range between 20 and 35 years. Higher education ($p=0.001$) and lower income (<0.001) were found for the women and more comorbidities ($p=0.004$) for the men. It was identified that the women presented higher mean depression scores in the somatic ($p<0.001$) as well as in the affective/cognitive domains ($p<0.001$).

Conclusion: These study results appoint that the women present higher depressive symptom scores than the man, in the somatic as well as in the affective/cognitive domains of the BDI subscales.

¹Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

A introdução da Terapia Antirretroviral Combinada (TARV) e o acesso universal a esses medicamentos representaram grande marco de mudanças no que se refere ao tratamento e à progressão da infecção pelo HIV. A TARV resultou em um controle mais eficaz da infecção, com restauração da imunidade e redução de mortalidade,⁽¹⁾ sendo considerada atualmente em uma condição crônica.

Nessa perspectiva, destaca-se que as Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA) ainda enfrentam muitos desafios, desde o intenso acompanhamento clínico, adesão ao tratamento medicamentoso,⁽²⁾ falta de suporte social⁽³⁾ e estigma, os quais podem ter implicações em sua saúde mental.

Dentre os transtornos mentais, particularmente, a depressão é a complicação psiquiátrica mais comum associada ao HIV.⁽⁴⁾ A mesma em PVHA é conhecida por estar associada negativamente com pior adesão ao tratamento antirretroviral,⁽⁵⁾ aos resultados terapêuticos e comportamentos de risco,⁽⁶⁾ além disso, tem um impacto considerável no tratamento e nas relações sociais⁽⁷⁾ e mais rápida progressão para Aids e morte.⁽¹⁾ Logo, ressalta-se a importância de medir e entender a influência da depressão nessa população.

Estudos publicados recentemente, relataram elevados níveis de depressão entre as PVHA em nível mundial.^(8,9) Um estudo realizado no interior do Estado de São Paulo, Brasil, identificou que 63 (27,6%) indivíduos apresentaram sintomas de depressão; sendo 13 (5,7%) com sintomas leves, 29 (12,7%) moderados e 21 (9,2%) graves, medidos pelo Inventário de Depressão de Beck (IDB-I).⁽¹⁰⁾

Além disso, outros estudos têm reportado que a prevalência de depressão entre PVHA é de duas a três vezes maior, quando comparada à população geral.^(11,12) Contudo, a população que vive com HIV/Aids consiste em vários grupos com diferenças socioeconômicas e características comportamentais peculiares,⁽⁸⁾ e desta forma, faz-se necessário entender estas diferenças.

Tais estudos^(11,12) apontaram variações entre homens e mulheres com transtorno depressivo maior quanto à percepção de sintomas depressivos, medido pelo Inventário de Depressão de Beck.

No Brasil, foram encontrados vários estudos que avaliaram a depressão em PVHA,⁽¹³⁻¹⁵⁾ porém, nenhum deles avaliou os sintomas somáticos e afetivo-cognitivos entre homens e mulheres que vivem com HIV/AIDS. Destaca-se a pertinência de avaliar as especificidades relacionadas ao sexo, de modo a compreender suas diferenças e subsidiar um cuidado qualificado. Desta forma, este estudo tem como objetivo analisar os sintomas depressivos somáticos e afetivo-cognitivos e comparar as diferenças entre sexos de PVHA.

Métodos

Trata-se de um estudo analítico, de corte transversal que foi realizado em Serviços de Atendimento Especializado (SAE) situados num município do Estado de São Paulo, Brasil.

Participaram do estudo pessoas vivendo com o HIV/AIDS que se enquadravam nos seguintes critérios de inclusão: ter diagnóstico de infecção pelo HIV/AIDS há mais de 6 meses, estar em acompanhamento clínico e ambulatorial nos serviços selecionados, de ambos os sexos e ter idade igual ou superior a 18 anos. Foram excluídos os indivíduos em situações de confinamento, tais como presidiários e institucionalizados como os residentes em casas de apoio.

Os dados foram coletados por meio de entrevista individual utilizando um instrumento para coleta de dados sociodemográficos e o Inventário de Depressão de Beck na versão adaptada para o português.⁽¹⁶⁾

O IDB-I é um inventário constituído por 21 itens que descrevem manifestações comportamentais, afetivas, cognitivas e somáticas da depressão. Cada item dispõe de quatro alternativas que variam progressivamente de zero a três onde os valores mais altos indicam o aumento da gravidade dos sintomas. As maiores somas de pontuações sugerem sintomas de depressão mais elevados.⁽¹⁷⁾

Segundo uma revisão⁽¹⁸⁾ para a categorização dos domínios afetivos-cognitivos deve-se somar os itens de 1 a 10 e de 12 a 14 (tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de

culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, retração social, indecisão, ideias suicidas, crises de choro, distorção da imagem corporal) para calcular a subescala dos sintomas cognitivo-afetivos do IDB-I (intervalo possível de 0 a 39).

Da mesma forma, para a categorização do domínio somático, também deve-se somar os itens 11 e de 15 a 21 (irritabilidade, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda do apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido) para calcular a subescala de sintomas somáticos do IDB-I (intervalo possível de 0 a 24).⁽¹⁹⁾ Maiores pontuações nas subescalas significam sintomas somáticos e cognitivo-afetivos mais elevados.⁽²⁰⁾

Os dados foram analisados pelo *software* IBM SPSS versão 17.0 para *Windows*. A análise descritiva foi usada para a caracterização da amostra, o Teste *t* de *Student* para amostras independentes comparou as médias dos domínios das subescalas de sintomas somáticos e afetivos/cognitivos, e o teste *Mann-Witney* foi utilizado para o cálculo das médias dos escores dos itens. O nível de significância adotado foi de 0,05.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, protocolo nº 0699/2006. Os participantes foram informados quanto aos objetivos do estudo e foi-lhes garantido o caráter sigiloso dos dados e o anonimato. A coleta de dados foi realizada somente após a sua concordância, utilizando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Participaram do estudo 331 pessoas vivendo com o HIV/Aids, sendo 167 (50,4%) do sexo masculino e 164 (49,5%) do sexo feminino, com idade variando entre 20 e 71 anos, com média de 40 anos.

Quanto ao perfil dos participantes, 64,0% tinham mais de oito anos de estudo e 88,2% recebiam de 1 a 3 salários mínimos. Além disso, a maioria das mulheres (72,6%) apresenta maior escolaridade ($p=0,001$), porém, menor renda ($<0,001$) com

diferença estatisticamente significativa comparado aos homens.

Referente às características clínicas, os homens (61,1%) apresentavam mais comorbidades que as mulheres (45,1%) ($p=0,004$), porém, a contagem de células CD4 não apresentaram diferença estatisticamente significativa (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico e clínico de pessoas vivendo com o HIV/Aids de acordo com o sexo (n=331)

| Variações | Masculino (n=167) n(%) | Feminino (n=164) n(%) | Total 331 n(%) | p-value |
|-------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------|---------|
| Faixa etária | | | | 0,459† |
| 20-35 | 87(52,1) | 95(57,9) | 182(55,0) | |
| 35-59 | 76(45,5) | 67(40,9) | 143(43,2) | |
| > 60 | 04(2,4) | 02(1,2) | 06(1,8) | |
| Escolaridade (anos de estudo) | | | | 0,001* |
| ≤ 8 | 74(44,3) | 45(27,4) | 119(36,0) | |
| > 8 | 93(55,7) | 119(72,6) | 212(64,0) | |
| Renda (salários mínimos) | | | | <0,001† |
| ≤ 3 | 133(79,6) | 159(97,0) | 292(88,2) | |
| > 3 | 34(20,4) | 05(3,0) | 39(11,8) | |
| Presença de comorbidades | | | | 0,004* |
| Sim | 102(61,1) | 74(45,1) | 176(53,2) | |
| Não | 65(38,9) | 90(54,9) | 155(46,8) | |
| Contagem CD4 (cél/mm ³) | | | | 0,909 |
| > 500 | 69(41,3) | 64(39,0) | 133(40,2) | |
| 499-200 | 66(39,5) | 68(41,5) | 134(40,5) | |
| < 200 | 32(19,2) | 32(19,5) | 64(19,3) | |

* Teste de Qui-quadrado; † Teste exato de Fisher

A tabela 2 apresenta as comparações entre as médias dos domínios somáticos e afetivos/cognitivos do BDI entre homens e mulheres vivendo com o HIV/Aids, na qual identificou-se que as mulheres apresentaram maiores médias com diferença estatisticamente significativa, tanto no domínio somático ($p<0,001$) quanto afetivo/cognitivo ($p<0,001$).

Tabela 2. Comparação das médias dos domínios do Inventário de Depressão de Beck segundo sexo (n=331)

| BDI* | Mulher (n=164) | Homem (n=167) | Mulher/Homem (n=331) | p-value |
|-----------------------------|-------------------|------------------|-------------------------|----------|
| BDI Somático | | | | |
| \bar{X} (SD) ^a | 5,9(5,1) | 4,1(3,9) | 5,06(4,6) | <0,001** |
| Média | 4,0 | 3,0 | | |
| BDI Afetivo/cognitivo | | | | |
| \bar{X} (SD) ^a | 8,7(9,4) | 5,4(6,5) | 7,07(8,2) | <0,001** |
| Média | 5,0 | 3,0 | | |

^a \bar{X} (SD): mean (standard deviation); * Beck Depression Inventory; ** t student

Tabela 3. Distribuição das médias dos escores dos itens dos domínios do Inventário de Depressão de Beck, de acordo com o sexo (n=331)

| Variáveis | Mulheres (n=164) | Homens (n=167) | p-value ^b |
|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------|
| | \bar{x} (SD) ^a | \bar{x} (SD) ^a | |
| BDI Afetivo/cognitivo | | | |
| Tristeza | 0,75(1,0) | 0,47(0,8) | 0,003 |
| Pessimismo | 0,71(1,1) | 0,34(0,9) | 0,001 |
| Sentimentos de fracasso | 0,45(0,9) | 0,25(0,8) | 0,001 |
| Falta de satisfação | 0,81(1,0) | 0,41(0,9) | 0,001 |
| Sensação de culpa | 0,71(0,8) | 0,53(0,8) | 0,001 |
| Sensação de punição | 0,91(1,0) | 0,95(1,1) | 0,983 |
| Autodepreciarão | 0,48(0,7) | 0,27(0,6) | 0,005 |
| Autoacusações | 0,65(1,1) | 0,56(1,0) | 0,706 |
| Ideias suicidas | 0,36(0,5) | 0,14(0,4) | 0,001 |
| Crises de choro | 0,80(1,1) | 0,47(0,9) | 0,001 |
| Indecisão | 0,63(1,1) | 0,35(0,9) | 0,008 |
| Distorção da imagem corporal | 0,73(0,9) | 0,44(0,8) | 0,014 |
| Retração social | 0,71(0,9) | 0,29(0,7) | 0,001 |
| BDI Somático | | | |
| Irritabilidade | 0,97(1,1) | 0,29(1,1) | 0,001 |
| Inibição para o trabalho | 0,60(1,1) | 0,38(1,1) | 0,018 |
| Distúrbio do sono | 0,80(1,3) | 0,61(1,2) | 0,286 |
| Fadiga | 0,74(1,0) | 0,53(1,0) | 0,053 |
| Perda do apetite | 0,48(0,9) | 0,35(0,75) | 0,172 |
| Perda de peso | 0,38(0,8) | 0,43(0,8) | 0,571 |
| Preocupação somática | 0,74(1,1) | 0,68(1,1) | 0,681 |
| Diminuição da libido | 1,24(1,3) | 0,41(0,9) | 0,001 |

^a(SD): mean (standard deviation) ^bBeck Depression Inventory ^cTeste Man-Whitney

Na tabela 3, verificou-se que as mulheres apresentam maiores escores com diferença estatística em 14 itens do BDI quando comparados aos homens.

Discussão

Como limitação deste estudo podemos destacar o próprio desenho de um estudo transversal, o qual não permite destacar as relações causais das variáveis investigadas, e não permite apontar se as pessoas já apresentam sintomatologia depressiva antes do diagnóstico da infecção pelo HIV/Aids. Ademais, a utilização do IBD por ser uma medida de autoavaliação, pode estar relacionado a um viés de resposta.

As características sociodemográficas e econômicas das pessoas que vivem com HIV/AIDS evidenciadas no presente estudo corroboram com outras investigações prévias realizadas no Brasil^(15,20) e no mundo.^(10,19,21)

Nos Estados Unidos a depressão é bastante comum, e segundo o estudo,⁽¹¹⁾ foi identificado uma

prevalência na população em geral estimada em 6,6%, enquanto que em PVHA, variou de 5 a 10%. Do mesmo modo, num estudo realizado no Brasil foi identificada uma prevalência de sintomas depressivos mais alta em PVHA, equivalente a 27,6%, medidos pelo IDB.⁽¹⁰⁾

Alguns autores trazem uma elevada prevalência de depressão em PVHA com impacto significativo sobre o desenvolvimento de doença, e tem sido registrado como uma das principais causas de suicídio e consulta psiquiátrica.⁽⁶⁾

Porém, apesar das altas taxas de depressão identificadas nessa população, ainda existem lacunas no conhecimento sobre a depressão entre PVHA em países de baixa e média renda.⁽⁴⁾ E a compreensão da diferença da sintomatologia depressiva, de acordo com os domínios do IBD de homens e mulheres vivendo com HIV no Brasil, ainda são inexistentes, o que dificultou a comparação destes resultados com outros realizados no país.

Ao comparar a ocorrência de sintomas depressivos entre os sexos, observou-se maior proporção nas mulheres em relação aos homens, conforme outros estudos prévios com essa mesma população.^(12,13)

Nesta perspectiva há ainda, estudos que sugerem que a vulnerabilidade feminina à depressão está associada também às desvantagens socioeconômicas⁽⁴⁾ e com a falta de suporte social.⁽⁷⁾ Além disso, outros autores referem que as mulheres são mais propensas a experimentar determinantes sociais negativos, assumindo uma carga desproporcional quanto à prestação de cuidados, e em sua maioria, configuram uma população de baixa e média renda, além do acúmulo de atividades representadas pelo trabalho doméstico e criação dos filhos.^(13,22)

Os resultados deste estudo apontam que as mulheres apresentaram maiores médias nos dois domínios, com maior média na subescala de sintomas afetivo/cognitivo. Resultado semelhante ao descrito em estudo que avaliou os sintomas de depressão somáticos e cognitivo-afetivos em pessoas com cardiopatia.⁽¹⁹⁾

Os sintomas afetivos-cognitivos apresentam subjetividades que podem ser caracterizadas por meio do pessimismo, sentimento de culpa e punição. Para tal é necessário que algumas práticas com-

portamentais sejam adotadas para que essa situação seja minimizada, como por exemplo, o tratamento cognitivo-comportamental que visa diminuir o sofrimento do indivíduo.⁽²³⁾

Irritabilidade, diminuição da libido e disposição ao trabalho foram os sintomas somáticos mais prevalentes e significativos para as mulheres. Essa diminuição do desejo sexual em mulheres pode ser explicada por uma estratégia de enfrentamento desenvolvida por PVHA, em que, em uma tentativa de proteger seu status sorológico e a saúde de terceiros, evitam ter relações sexuais, ou mesmo relacionamentos afetivos, o que pode agravar ainda mais o efeito de sintomas depressivos.⁽⁴⁾

A falta de disposição para o trabalho, assim como outros sintomas (fadiga e isolamento social) foram apontados como importantes preditores para o desenvolvimento de depressão e associados com o uso de medicamentos antirretrovirais.⁽²⁴⁾

Pessoas vivendo com o HIV, geralmente, apresentam uma forma de enfrentamento de isolamento (esquiva, auto culpa, confronto, distanciamento) em vez de enfrentamento ativo (resolução de problemas, busca de suporte social, aceitação da responsabilidade, reavaliação positiva).⁽²⁴⁾

Concorda-se com outros pesquisadores que o uso das subescalas do IBD separadamente tem implicações para a prática clínica,⁽¹⁹⁾ pois, permite a identificação do tipo e gravidade dos sintomas depressivos o que pode contribuir com as intervenções da equipe de saúde. A depressão é uma doença complexa com múltiplas sintomatologias impactando de forma muito particular a saúde e qualidade de vida dos indivíduos acometidos.

No contexto brasileiro ainda há um grande desequilíbrio de poder entre os papéis desempenhados por homens e mulheres na sociedade, que ainda nega o acesso da sua sexualidade à mulher, e ao mesmo tempo, em que a culpabiliza pela prevenção e cuidado a saúde.

Mulheres com sintomatologia depressiva e que se veem negadas de um suporte social por parte da família e amigos, em vista do diagnóstico de HIV/Aids, voltam-se para profissionais de saúde em busca de suporte e compreensão.^(18,25)

Os resultados indicam, ainda, que PVHA sofrem com sintomas depressivos, e isto deve ser levado em consideração por profissionais de saúde durante o manejo clínico de seus pacientes. Compreender em profundidade essa relação contribui para uma melhor prática voltada as pessoas que vivem com HIV/Aids.

Tais sintomas podem ser confundidos com efeitos adversos da TARV, sendo desvalorizado por profissionais ou até mesmo por pacientes. Em nossos resultados essas alterações podem ser agrupadas em Sintomas Somáticos da BDI, que demonstram como o uso de instrumentos validados podem ser aplicados no cotidiano dos profissionais de saúde como guias para sua prática clínica.

Neste sentido, é fundamental que os clínicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde compreendam e identifiquem os sintomas depressivos e sua gravidade, visto que eles se manifestam de forma diferente entre homens e mulheres.

Além disso, aponta-se a relevância deste estudo para a assistência de enfermagem com o objetivo de subsidiar o cuidado, de modo que esses profissionais possam identificar precocemente sinais e sintomas depressivos, podendo realizar intervenções para reduzir os sintomas e prevenir as complicações, garantindo assim uma assistência integral qualificada.

Identificar os sintomas de depressão na população que vive com HIV/Aids é um importante passo para desenvolver intervenções terapêuticas e suporte psicossocial para esta população, visando não somente ao tratamento adequado, mas à prevenção de episódios depressivos, considerando a alta prevalência de depressão, e sua manifestação diferente dos sintomas na população vivendo com o HIV/Aids.

Conclusão

Os resultados deste estudo apontam que as mulheres apresentam maiores escores de sintomatologia depressiva do que os homens, tanto no domínio somático quanto no afetivo/cognitivo das subescalas do IDB.

Compreender estas diferenças é fundamental para propor intervenções eficazes. A avaliação da manifestação dos sintomas de depressão entre as pessoas vivendo com HIV/Aids deve fazer parte do acompanhamento desta população, visto que sua manifestação é diferente entre homens e mulheres. A identificação e o rastreamento apropriado para comorbidades psiquiátricas, particularmente para os sintomas depressivos, é fundamental no cuidado em saúde das PVHA que podem se beneficiar do tratamento com melhora da adesão e qualidade de vida. Recomenda-se que os sintomas depressivos sejam rastreados no início do tratamento e monitorado ao longo do acompanhamento do cuidado em saúde.

Colaborações

Reis RK, Castrighini CC, Melo ES, Jesus GJ, Queiroz AAFL e Gir E declaram que contribuíram com a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Tancredi MV, Waldman EA. Survival of AIDS patients in Sao Paulo-Brazil in the pre- and post-HAART eras: a cohort study. *BMC Infect Dis*. 2014; 14(1):1-8.
2. Wagner GJ, Ghosh-Dastidar B, Garnett J, Kityo C, Mugenyi P. Impact of HIV antiretroviral therapy on depression and mental health among clients with HIV in Uganda. *Psychosom Med*. 2012; 74(9):883-90.
3. Macapagal KR, Ringer JM, Woller SE, Lysaker PH. Personal narratives, coping, and quality of life in persons living with HIV. *JANAC*. 2012; 23(4):361-8.
4. Uthman OA, Magidson JF, Safren SA, Nachega JB. Depression and adherence to antiretroviral therapy in low-, middle- and high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2014; 11(3):291-307.
5. Kamat R, Morgan E, Marcotte TD, Badiee J, Maich I, Cherner M, et al. Implications of apathy and depression for everyday functioning in HIV/AIDS in Brazil. *J Affect Disord*. 2013; 150(3):1069-75.
6. Sin NL, Dimatteo MR. Depression treatment enhances adherence to antiretroviral therapy: a meta-analysis. *Ann Behav Med*. 2014; 47(3):259-69.
7. Shrestha S, Poudel KC, Poudel-Tandukar K, Kobayashi J, Pandey BD, Yasuoka J, et al. Perceived family support and depression among people living with HIV/AIDS in the Kathmandu Valley, Nepal. *J Int Assoc Provid AIDS Care*. 2014; 13(3):214-22.
8. Feuillet P, Lert F, Tron L, Aubriere C, Spire B, Dray-Spira R; Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les Hépatites Virales (ANRS)-VIH: Enquête sur les personnes atteintes (Vespa2) Study Group. Prevalence of and factors associated with depression among people living with HIV in France. *HIV Med*. 2016; Sept 14. doi: 10.1111/hiv.12438.
9. Sherr L, Clucas C, Harding R, Sibley E, Catalan J, et al. HIV and depression-a systematic review of interventions. *Psychol Health Med*. 2011; 16(5):493-527.
10. Reis RK, Haas VJ, Santos CB, Teles SA, Galvão MTG, Gir E. Symptoms of depression and quality of life of people living with HIV/AIDS. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011; 19(4):874-81.
11. Do AN, Rosenberg ES, Sullivan PS, Beer L, Strine TW, Schulden JD, et al. Excess burden of depression among HIV-infected persons receiving medical care in the united states: data from the medical monitoring project and the behavioral risk factor surveillance system. *PLoS One*. 2014; 9(3):1-10.
12. Delisle VC, Beck AT, Dobson KS, Dozois DJ, Thombs BD. Revisiting gender differences in somatic symptoms of depression: much ado about nothing? *PLoS One*. 2012; 7(2):e32490.
13. Junqueira P, Bellucci S, Rossini S, Reimão R. Women living with HIV/AIDS: sleep impairment, anxiety and depression symptoms. *Arq Neuropsiquiatr*. 2008; 66(4):817-20.
14. Silveira MP, Guttier MC, Pinheiro CA, Pereira TV, Cruzeiro AL, Moreira LB. Depressive symptoms in HIV-infected patients treated with highly active antiretroviral therapy. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012; 34(2):162-7.
15. Tufano CS, Amaral RA, Cardoso LR, Malbergier A. The influence of depressive symptoms and substance use on adherence to antiretroviral therapy. A cross-sectional prevalence study. *Sao Paulo Med J*. 2015; 133(3):179-86.
16. Gorenstein C, Andrade L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiquiatr Clin*. 1998; 25(5):245-50.
17. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961; 4:561-71.
18. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev*. 1988; 8(1):77-100.
19. Dessotte CA, Silva FS, Furuya RK, Ciol MA, Hoffman JM, Dantas RA. Somatic and cognitive-affective depressive symptoms among patients with heart disease: differences by sex and age. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015; 23(2):208-15.
20. Troncoso FT, Conterno LD. Prevalence of neurocognitive disorders and depression in a Brazilian HIV population. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2015; 48(4):390-8.
21. L'akoa RM, Noubiapi JJ, Fang Y, Ntone FE, Kuaban, C. Prevalence and correlates of depressive symptoms in HIV-positive patients: a cross-sectional study among newly diagnosed patients in Yaoundé, Cameroon. *BMC Psychiatry*. 2013 Sep 22; 13:228.
22. Nyirenda M, Chatterji S, Rochat T, Mutevedzi P, Newell ML. Prevalence and correlates of depression among HIV-infected and-affected older people in rural South Africa. *J Affect Disord*. 2013; 151(1):31-8.
23. Flores AC. Terapia cognitivo-comportamental e tratamento psicológico de pacientes com HIV/AIDS. *Rev Bras Ter Cogn*. 2012; 8(1): 55-60.
24. Talukdar A, Ghosal MK, Sanyal D, Talukdar PS, Guha P, Guha SK, Basu S. Determinants of quality of life in HIV-infected patients receiving highly active antiretroviral treatment at a medical college ART center in Kolkata, India. *JIAPAC*. 2013; 12(4):284-90.
25. Tonnera LC, Meirelles BH. Potencialidades e fragilidades da rede de cuidado da pessoa com HIV/Aids. *Rev Bras Enferm*. 2015; 68(3):438-44.