



TRASTORNOS AFETIVOS/COGNITIVOS ASSOCIADOS À TARV E À QUALIDADE DE VIDA NO CONTEXTO DA AIDS

Regina Lígia Wanderley Azevedo

Elís Amanda Atanázio Silva

Laudicéia Ramalho Dionísio

Ana Alayde Werba Saldanha

Universidade Federal da Paraíba – UFPB, Brazil

RESUMO

Objetivo: investigar depressão, ansiedade e transtornos cognitivos leves em pessoas com HIV/AIDS, associados ao uso da TARV e à Qualidade de Vida. Amostra: 561 pessoas de 18 a 59 anos soropositivas para o HIV/AIDS atendidas nos serviços de referência no Estado da Paraíba, Brasil. Instrumentos: Escala de Ansiedade e Depressão – HAD, as seis últimas questões do *Self-Reporting Questionnaire* - SRQ-20, o Whoqol-HIV Bref e um Questionário Bio-demográfico e Clínico. Os dados foram analisados a partir de estatística descritiva. Resultados: Verificou-se maior prevalência de depressão e ansiedade associada a variáveis como baixa escolaridade e renda. Observou-se, ainda, uma associação estatisticamente significativa e negativa entre a adesão à TARV com os sintomas de ansiedade. Transtornos cognitivos leves foram identificados, como: mudança na afetividade e no humor, dificuldade de concentração e outros. Verificou-se que quanto menor a depressão, ansiedade e TCL, maior a Qualidade de Vida.

Palavras-chave:

HIV/AIDS, transtornos afetivos, transtornos cognitivos leves, TARV, Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Objective: to investigate depression, anxiety and mild cognitive disorders in people with HIV/AIDS, associated with the use of ART and quality of life. Sample: 561 people from 18 to 59 years with AIDS to the HIV/AIDS met in reference services in the State of Paraíba, Brazil. Instruments: scale of anxiety and depression – HAD, the six latest issues of Self Reporting Questionnaire-SRQ-20 the Whoqol-Bref, HIV and a Bio-Clinical and demographic Questionnaire. The data were analyzed from descriptive statistics. Results: there was higher prevalence of depression and anxiety associated with variables as low educational level and income. There was also a statistically significant and negative association between joining the ART with the symptoms of anxiety. Mild cognitive disorders were identified, how to: change in affection and humour, difficulty concentrating and others. It was found that the smaller the depression, anxiety and TCL, higher quality of life.

Keywords: HIV/AIDS, affective disorders, cognitive disorders, light ART, quality of life.

COGNITIVE/AFFECTIVE DISORDERS ASSOCIATED WITH HAART AND THE QUALITY OF LIFE IN THE CONTEXT OF AIDS

A saúde mental é considerada um fator essencial para o bem-estar geral de indivíduos e sociedades de um modo geral. Contudo, existe uma robusta lacuna entre a oferta e a demanda da assistência nessa área, sendo o subdiagnóstico dos transtornos mentais um dos principais fatores para que isso aconteça (Gonçalves, Stein & Kapczinski, 2008).

Analisando a saúde mental no contexto da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), observa-se na literatura que os pacientes com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) podem apresentar transtornos de humor e outras comorbidades psiquiátricas (Filho & Santos, 2008). No entanto, a análise sobre essa conjuntura ligada ao HIV/AIDS tem sido pouco abordada no Brasil, o que pode ser comprovado pela escassez de publicações na área (Saldanha, 2011).

Nesse contexto, dentre os transtornos mentais mais comumente observados em indivíduos que vivem com HIV/Aids, a ansiedade e a depressão são os mais prevalentes (Antelman et al., 2007). Tais distúrbios podem ser considerados indicadores da forma como os pacientes estão interagindo à condição de soropositividade, ao tratamento e a um prognóstico mais desfavorável (Saldanha, 2011). Em estudo realizado por Schmitt e Silva (2009), o qual procurou mensurar a prevalência de sintomas depressivos em pacientes que vivem com HIV/Aids, observou-se que o ponto de corte considerado como sugestivo para depressão foi atingido por 40,7% dos participantes.

Além disso, pacientes soropositivos ao HIV/Aids podem apresentar também transtornos cognitivos com prejuízo funcional significativo. Dentre as complicações neurológicas primárias têm-se os déficits cognitivos, como a demência associada ao HIV, e formas mais leves, sendo que ambas podem alterar as atividades da vida diária e reduzir a qualidade de vida dos pacientes (Christo, 2010; Simpson & Tagliati, 1994). Estudos demonstram que cerca de 30% a 50% de pessoas com HIV/Aids apresentaram déficits neurocognitivos, sendo mais comuns os prejuízos associados ao domínio da abstração, às dificuldades nas funções executivas e à lenta agilidade no

processamento de informações (Carvalho, 2010; Woods et al., 2004).

No tocante a esta temática, Tostes e Oliveira (2004) mencionam a importância em se detectar precocemente os Transtornos Cognitivos Leves (TCL's) devido às suas repercussões na qualidade de vida dos indivíduos, na possibilidade de tratamento mais eficaz, e num acréscimo da sobrevida. O quadro desses prejuízos cognitivos pode se assemelhar a um transtorno depressivo, visto que a depressão pode conduzir a um enviesamento do diagnóstico, na medida em que sintomatologias como apatia, letargia e isolamento social se tornam proeminentes (Christo, 2010). A diferença está, em geral, que na vigência de transtornos na esfera cognitiva o indivíduo mostra-se mais apático ou desinteressado do que triste.

A infecção pelo HIV consiste numa doença complexa que pode levar o indivíduo a desenvolver a AIDS (Seidl, 2005). Assim, no intuito de diminuir e combater, o quanto possível, os danos causados pelo vírus, desenvolveu-se em meados da década de 1990 uma terapia combinada, a Terapia Antiretroviral (TARV//HAART (inglês)). Tal tratamento aumentou a expectativa de vida e reduziu a incidência de transtornos cognitivos associados ao HIV, intervindo na queda da mortalidade e na ocorrência de infecções oportunistas (Caraciolo & Shimma, 2007; McCutchan et al., 2007). Desta forma, o acesso a esse tipo de terapia possibilitou à AIDS um caráter crônico, não só pelo impacto na morbimortalidade, como também pela melhora na Qualidade de Vida de pessoas que vivem com HIV (Bonolo, Caraciolo & Shimma, 2007).

Todavia, apesar do resultado bem sucedido da TARV, pesquisas demonstram que em alguns casos ocorrem a prevalência dos comprometimentos neurocognitivos e de quadros ansiosos e depressivos (Christo, 2010; Seidl, Melchiades, Farias & Brito, 2007; Tozzi et al., 2007). Tais comprometimentos referem-se principalmente à iniciação tardia, bem como à adesão inadequada ao tratamento, evidenciados na desmotivação do paciente em compreender, concordar e seguir as prescrições médicas e demais orientações referentes ao entendimento do HIV/Aids.

Em estudo desenvolvido por Tozzi et al. (2007) foram avaliados os preditores de déficits neuropsicológicos persistentes em 94 pacientes com prejuízos neurocognitivos relacionados ao HIV, apesar do uso da TARV em longo prazo. Os resultados assinalaram que o grave progresso do prejuízo neurocognitivo deve-se em grande escala a iniciação tardia do tratamento. Estes dados indicaram que a TARV deve ser iniciada assim que os prejuízos neurocognitivos forem diagnosticados, para evitar dano neurológico potencial irreversível (Christo, 2010; Tozzi et al., 2007).

Entretanto, a relevância na iniciação precoce da terapia antirretroviral vem sendo observado em diversos estudos clínicos nos últimos anos. Um estudo com 1.763 casais heterossexuais sorodiscordantes, de vários países, incluindo o Brasil, objetivou avaliar a redução da transmissão entre os casais e a diminuição de eventos clínicos na população tratada. Os resultados mostraram um decréscimo de 96% na transmissão com o uso precoce da terapia (RR 0,04; IC 95% 0,01-0,27, com $p < 0,001$), e uma redução significativo em eventos clínicos ou morte no grupo de terapia imediata (Ministério da Saúde, 2013).

Corroborando com que preconizam estes estudos, no Brasil observam-se recomendações para o início da TARV em pessoas vivendo com HIV/Aids. Para indivíduos sintomáticos, o uso é independente da contagem de LT-CD4+. Já naqueles que não apresentam sintomatologia, aconselha-se nos casos: LT-CD4+ menor ou igual a 500 células/mm³; LT-CD4+ acima de 500 células/mm³ na coinfeção pelo vírus da hepatite B (HBV); doença cardiovascular estabelecida ou risco cardiovascular elevado (acima de 20%, segundo escore de Framingham); neoplasias não definidoras de Aids com indicação de quimioterapia ou radioterapia; coinfeção pelo vírus da hepatite C (HCV); carga viral acima de 100.000 cópias/mL; gestantes e parceria sorodiscordante. (Albuquerque, 2014). Desse modo, a recomendação do início precoce da TARV considera, além dos benefícios relacionados à redução da morbimortalidade, a diminuição da transmissão da infecção e o impacto na redução da tuberculose, principal causa de óbitos no Brasil. Todavia, deve-se considerar a importância da adesão e o risco de

efeitos adversos no longo prazo (Ministério da Saúde, 2013).

Outro aspecto essencial para o sucesso da TARV consiste na adesão ao tratamento, cuja influência envolve fatores de natureza biomédica e psicossociais (Seidl et al., 2007). Em estudo proposto por Reis et al. (2010) foi demonstrada a importância em se detectar precocemente possíveis indicadores de sintomas de disfunção emocional, de forma a amenizá-los ou tratá-los para não agirem negativamente na adesão à TARV. Notou-se que, uma maior frequência de sintomas psicopatológicos está relacionada a um menor nível de adesão ao tratamento, e quanto maior a adesão maior será a Qualidade de Vida.

Por conseguinte, os indicadores de sintomatologia psicopatológica apresentam-se inversamente correlacionados à Qualidade de Vida de pessoas que vivem com HIV/Aids. Não há na literatura um consenso a respeito do conceito Qualidade de Vida, entretanto, Fleck (2000) considera alguns elementos como sendo características fundamentais deste construto: (1) a *multidimensionalidade*, abrangendo os aspectos físicos, psicológico, social e espiritual; (2) a *bipolaridade*, podendo variar de uma dimensão positiva (satisfatória) a uma dimensão negativa (insatisfatória); e (3) a *subjetividade*, que partirá da percepção do sujeito. Nesse sentido, essa noção de Qualidade de Vida é adotado nesse trabalho por estar coerente com os objetivos do estudo e com o instrumento (Escala de Qualidade de Vida - WHOQOL) utilizado.

A importância de quantificar o número de pacientes com danos cognitivos e afetivos é ressaltada, uma vez que interferem na Qualidade de Vida, e na aderência ao tratamento. Enfatiza-se, ainda, que o aumento do risco de desenvolver demência, o acréscimo da mortalidade, e as altas taxas de desemprego estão associados ao dano cognitivo, mesmo na era da TARV (Christo, 2010).

Portanto, partindo do pressuposto que o comprometimento neurocognitivo influencia sobremaneira na Qualidade de Vida das pessoas acometidas pelo HIV/Aids, e sabendo que a presença de depressão e ansiedade se constitui em importante barreira para a adesão ao tratamento, o presente estudo teve por objetivo investigar depressão, ansiedade e transtornos cognitivos leves associados à TARV e à Qualidade de Vida no contexto do HIV/Aids.

Método

Tratou-se de um estudo transversal, com foco numa apresentação epidemiológica descritiva, tendo como Variáveis Antecedentes (VA) a depressão, a ansiedade e os transtornos cognitivos leves, como variável mediadora (VM) o uso da TARV e como Variável Conseqüente (VC) a Qualidade de Vida.

Participantes

A amostra foi composta por 561 pessoas que vivem com o HIV, acima de 18 anos, atendidas nos serviços de referência à AIDS no Estado da Paraíba/Brasil. A participação dos pacientes se deu de forma voluntária, atendendo todos os aspectos éticos que devem ser considerados em pesquisas com seres humanos. Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: recusa a participar do estudo; ausência de informações importantes no questionário; questionários devolvidos com muitas questões em branco ou contendo respostas inválidas; pacientes acometidos de transtornos mentais graves; ter menos de 18 anos de idade.

Instrumentos

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram a Escala de Ansiedade e Depressão – HAD validada para a língua portuguesa por Botega, Bio, Zomignani, Garcia Jr e Pereira (1995) e desenvolvida para pacientes hospitalizados ou portadores de doenças crônicas. Utilizaram-se ainda as seis últimas questões do *Self-Reporting Questionnaire* - SRQ-20 (rastreamento de mudança na afetividade e no humor; dificuldade de concentração; falta de clareza para raciocinar; lentidão para falar e pensar; confusão mental; e dificuldade de movimentação), validado no Brasil por Gonçalves, Stein, Kapczinski (2008), para a detecção de transtornos cognitivos leves. O outro instrumento foi Whoqol-HIV Bref que mede a Qualidade de Vida no contexto de HIV/AIDS, desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde e validada no Brasil por Fleck (2006) e, por fim, empregou-se o Questionário Bio-Demográfico e Clínico, incluindo questões relacionadas às variáveis sexo, idade, nível de religiosidade, renda familiar, situação conjugal, etc. As questões clínicas referiram-se ao tempo de infecção diagnosticada e de tratamento, via de contágio, tempo de uso da TARV, etc.

Análise dos Dados

O banco de dados foi construído a partir do Software SPSS for Windows – versão 18. Os dados sócio-demográficos e clínicos foram analisados através de estatística descritiva. Em seguida, procedeu-se às análises estatísticas das variáveis, com a realização de testes bivariados (qui-quadrado, ANOVA e correlação) para verificação de associações entre as variáveis do estudo. Ademais, no intuito de se identificar a predisposição das variáveis antecedentes presentes nesta pesquisa e que apresentaram associações significativas pela análise descritiva, realizou-se uma análise multivariada.

Resultados

Participaram do estudo 561 pessoas soropositivas para o HIV/AIDS, com idades entre 18 e 59 anos (M=39,4; DP = 10,2), a maioria do sexo masculino (56%), 41% eram casados e 39% solteiros, 56% afirmaram ter de 1 a 3 filhos. A baixa escolaridade foi eminente, com 49% tendo ensino fundamental e 21% sendo apenas alfabetizados.

Em relação à atividade laboral foi verificado que 57% estavam empregados, 22% desempregados e 21% eram pensionistas ou aposentados. A renda mensal foi considerada baixa, haja vista a maior parte da amostra (55%) afirmar receber menos de 2 salários mínimos. Com relação à religião, 57% afirmaram ser católicos. Contudo, independente de religião, foi demonstrado alta religiosidade por 40% dos participantes, 44% se declararam moderadamente religiosos e 16% com pouca ou nenhuma religiosidade. O aumento da religiosidade após o diagnóstico foi afirmado por 50% da amostra.

Considerando a caracterização clínica, verificou-se que 43% dos participantes foram diagnosticados há mais de 6 anos, tendo como principais vias de contaminação as relações heterossexuais (71%) e homossexuais (20%). Identificou-se ainda que o tempo de diagnóstico variou entre 1 e 26 anos, com média de 6 anos (DP=4,5), tendo 57% relatado condição assintomática e 43% sintomática.

No presente estudo, 83% dos participantes afirmaram estar fazendo uso da TARV, cujo tempo de uso dos antiretrovirais (ARV's) variou de 1 a 24 anos (M = 5,3; DP = 3,9). O principal motivo para o início dos ARV's foi carga viral alta (64%), seguido

pelas doenças oportunistas (4%) ou gravidez (1%). Nesse contexto, a avaliação positiva da saúde foi evidente entre os usuários, tendo 76% referido melhora de sua condição de saúde, 19% afirmaram não ter havido modificações e apenas 6% dito piora, geralmente associado aos efeitos colaterais. É importante mencionar que mesmo fazendo uso dos ARV's, 43% dos participantes adquiriram doenças oportunistas, com destaque para as infecções bacterianas pulmonares, como a pneumonia e a tuberculose.

Ao associar a adesão à TARV aos fatores sociodemográficos e clínicos, observaram-se diferenças estatisticamente significativas considerando o tempo de diagnóstico ($p=,02$), tempo de uso da TARV ($p=,01$) e a utilização do medicamento Nevirapina ($p=,05$). Foi detectado que quanto maior o tempo de diagnóstico e quanto maior o tempo de uso da TARV, maior era a adesão ao

tratamento. Além disso, esta adesão parecia ser mais efetiva associada ao uso da Nevirapina.

Percebeu-se, ainda, que para o sexo masculino, a adesão está associada à menor faixa etária ($p=,00$), à religião católica ($p=,04$), à situação laboral favorável ($p=,01$), ao menor tempo de diagnóstico ($p=,00$) e ao maior tempo de uso da TARV ($p=,00$). Para o feminino, a adesão à TARV está associada à menor faixa etária ($p=,00$), à religião católica ($p=,04$), ao estágio sintomático ($p=,01$), ao menor tempo de diagnóstico ($p=,00$) e à presença de doença oportunista ($p=,01$).

Considerando-se as variáveis TCL's foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em cinco itens da escala. Conforme pode ser observado na Tabela 1, estes itens foram: mudança na afetividade e humor (47%), dificuldade de concentração (40%), falta de clareza para raciocinar (38%), lentidão para falar e pensar (36%) e confusão mental (35%).

Tabela 1
Autoavaliação de TCL entre pessoas soropositivas para o HIV

Variáveis Autorreferiram	%	P
Mudança na afetividade e no humor	47	,00*
Dificuldade de concentração	40	,00*
Falta de clareza para raciocinar	38	,00*
Lentidão para falar e pensar	36	,00*
Confusão mental	35	,00*

*Qui-quadrado (χ^2) com $p < ,05$

Considerando as outras variáveis analisadas (depressão e ansiedade) foi identificada a prevalência de 34% para ansiedade, 17% para a depressão e 13% para co-morbidade. A associação destes índices com os dados sociodemográficos e clínicos apontou para uma associação significativa entre a depressão e o sexo feminino ($p=,02$), a situação laboral ($p=,01$) e a autopercepção como doente ($p=00$). A ansiedade foi

associada também ao sexo feminino ($p=0,00$), faixa etária entre 30 e 39 anos ($p=,03$), nível de escolaridade fundamental ($p=,00$) e renda menor que 2 salários mínimos ($p=,02$). A comorbidade também se associou ao sexo feminino ($p=,01$), nível de escolaridade fundamental ($p=,01$), baixa renda ($p=,01$), situação laboral ($p=,01$) e autopercepção de doente ($p=,00$). Estes dados podem ser observados na Tabela 2.

Tabela 2

Prevalência de Ansiedade, Depressão e Comorbidade associados aos dados sócio-demográficos e clínicos

Variáveis	Ansiedade			Depressão			Co-Morbidade			
	N	%	P	N	%	p	N	%	p	
Prevalência (casos)	192	34%		98	17%		73	13%		
Sexo	Feminino	110	57%	,00	54	55%	,02	44	60%	,01
	Masculino	82	43%		44	45%		29	40%	
Faixa Etária	18-29 anos	38	20%	,03	14	14%	,34	11	15%	,51
	30 – 39 anos	73	38%		32	33%		25	34%	
	40 – 49 anos	56	29%		39	40%		26	36%	
	50 a 59 anos	25	13%		12	12%		11	15%	
	>60 anos	-	-		01	1%		-	-	
Escolaridade	Nenhuma	53	28%	,00	24	24%	,19	22	30%	,01
	Fundamental	102	53%		54	55%		42	57%	
	Médio	33	17%		14	14%		08	11%	
	Superior	04	2%		06	6%		01	1%	
Renda Familiar	< 2 salários	161	84%	,01	82	84%	,09	66	90%	,01
	2 – 5 salários	29	15%		16	16%		07	10%	
	6 – 10 salários	01	0,5%		0	-		-	-	
	>10 salários	01	0,5%		0	-		-	-	
Situação Laboral	Empregado	110	57%	,11	47	48%	,01	34	46%	,01
	Desempregado	50	26%		33	34%		26	36%	
	Aposentado	32	17%		18	18%		13	18%	
Avaliação da Vida	Positiva	88	46%	,00	37	38%	,00	23	31%	,00
	Neutra	71	37%		34	35%		28	38%	
	Negativa	33	17%		27	27%		22	30%	
Percepção Doente	Sim	82	43%	,00	51	52%	,00	40	55%	,00
	Não	110	57%		47	48%		33	45%	

*Nível descritivo da ANOVA

No que se refere à avaliação da vida, os indivíduos com ansiedade, depressão e comorbidade apesar de apresentarem percentuais que merecem destaque na avaliação positiva da vida, é possível observar que a soma das avaliações neutras e negativas se sobrepõem à avaliação positiva nas três dimensões (ansiedade, depressão e comorbidade). Para aqueles que avaliaram negativamente sua vida, foi questionado o que não estaria bom, sendo obtidas 34% das respostas relacionadas ao próprio fato da soropositividade para o HIV; 25% referentes a sintomas clínicos diversos; 7% associadas aos aspectos psicológicos para ambas as morbidades, e, especificamente para a

ansiedade, 6% relacionados à incapacidade para o trabalho.

Analisando os itens do instrumento (HAD), cujos valores de resposta variam de 0 a 3, verificou-se que as variáveis que contribuíram mais para o índice de depressão foram “estou lento para pensar e fazer as coisas” (M=1,19 – DP = 1,05) e “eu não me sinto alegre” (M=1,10 – DP=.94). Para a ansiedade, os itens com maior contribuição foram “eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer” (M=1,39 – DP=1,15) e “estou com a cabeça cheia de preocupações” (M=1,34 – DP=1,10).

Dentre os participantes deste estudo, 82% afirmaram fazer uso da TARV, 16% informaram não utilizar a TARV e 2%

disseram já terem feito uso, mas no momento não estão fazendo. Foi verificada uma associação estatisticamente significativa ($p=,05$) entre a adesão à TARV com os sintomas de ansiedade, podendo-se inferir maiores médias de ansiedade para aqueles que

não se encontram em tratamento anti-retroviral. No entanto, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação aos sintomas depressivos e o uso da TARV, conforme Tabela 3.

Tabela 3
Ansiedade e Depressão associados ao uso da TARV

	Uso TARV (N=461)		Sem TARV (N=87)		p
	N	%	N	%	
Ansiedade	150	33	38	44	.05
Depressão	79	17	19	22	.26
Co-Morbidade	58	13	15	17	.29

*13 participantes já fizeram uso, mas no momento não usam a TARV, sendo excluídos.

Considerando a avaliação da Qualidade de Vida, em geral mostrou-se mais positiva para os indivíduos assintomáticos ($p=,05$) e na modalidade de contaminação homossexual ($p=,000$). O estágio evolutivo – sintomático ou assintomático – está associado estatisticamente aos domínios físico, nível de independência, e ambiental. Sendo assim, os indivíduos em estágio assintomático avaliam melhor suas condições físicas ($p=,001$), mobilidade, capacidade para atividades cotidianas, independência do tratamento ($p=,003$), e as condições concretas de sobrevivência, como por exemplo: moradia, finanças, acesso aos serviços de saúde, informação, lazer, ambiente físico, e transporte ($p=,05$).

É importante enfatizar também o tempo de diagnóstico coligado à Qualidade de Vida, estando associado à dimensão das

relações sociais. Nesse contexto, pessoas que convivem com o HIV há mais de cinco anos avaliaram de forma mais favorável os seus relacionamentos sociais, o apoio social recebido, sua atividade sexual e a inclusão social ($p=,05$).

Não foi encontrada associação estatisticamente significantes entre a Qualidade de Vida e o uso/tempo da TARV. Entretanto, o uso da TARV foi associado a maior satisfação com a saúde ($p=,02$) e também ao domínio ambiental ($p = 0,2$). Recordar-se que o domínio ambiental possui itens como segurança, moradia, acesso aos serviços de saúde, informação, lazer, ambiente físico e transporte. Logo, verificou-se nos momentos da coleta de dados que os locais visitados possuem, de maneira satisfatória, todos os requisitos que constituem este domínio.

Tabela 4

Comparação dos índices médios dos domínios da escala de Qualidade de Vida em função da TARV

Domínios		Uso TARV			Tempo TARV (anos)		
		Sim	Não	P	≤ 5	> 5	p
Qualid. Geral	Vida	72,5	69,2	,09	72,4	73,3	,59
Satisf. Saúde		70,8	65,5	,02	70,6	71,9	,50
D1 – Físico		70,8	71,7	,68	71,6	71,0	,50
D2 – Psicológico		71,4	70,2	,46	71,3	72,1	,57
D3 – Independência		67,0	66,7	,85	66,9	67,8	,45
D4 – Relaç. Sociais		73,0	71,9	,48	72,1	74,3	,08
D5 – Ambiental		66,9	63,9	,02	66,4	67,6	,25
D6 – Persp. Futuro		76,1	73,7	,26	74,9	77,9	,08
D7 – Espiritualidade		78,7	79,8	,44	78,2	79,6	,25

A partir do estudo das variáveis depressão, ansiedade, TCL e uso da TARV, foi verificado que a relação destas com a variável Qualidade de Vida trouxe aspectos relevantes. Observando de uma maneira geral a análise dos resultados, conforme demonstrado na Tabela 4, verifica-se a existência de correlações significativas, apresentando os

seguintes índices correlacionais entre a Qualidade de Vida e as variáveis Transtorno Cognitivo Leve (TCL) ($r = -,43$ - $p = ,00$), Depressão ($r = -,47$ $p = ,00$) e Ansiedade ($r = -,36$ - $p = ,00$). Logo, quanto maior a Qualidade de Vida das pessoas que convivem com o HIV/AIDS, menor a depressão, ansiedade e TCL.

Tabela 5

Correlações de Pearson entre a Qualidade de Vida e as variáveis do estudo ($N = 561$)

	Qualidad e de Vida	Ansiedad e	Depressão	TCL
Ansiedade	-,365			
	,000			
Depressão	-,473	,595		
	,000	,000		
TCL	-,423	,426	,532	
	,000	,000	,000	
Uso da TARV	-,054	,026	,001	-,009
	,201	,535	,973	,833

Os resultados indicaram correlações entre os componentes ansiedade e depressão ($r = ,59$ - $p = ,00$) e ansiedade com TCL ($r = ,43$ - $p = ,00$). A depressão correlacionou-se com o

TCL ($r = ,53$ - $p = ,00$). Logo, a ansiedade e a depressão estão relacionados positivamente com os TCL's, ou seja, quanto maior a

depressão e/ou a ansiedade, maior o índice de TCL's.

Uma análise de regressão múltipla foi conduzida para determinar os efeitos da depressão, ansiedade e TCL's na Qualidade de Vida (QV) dos participantes. Constatou-se que há uma quantidade significativa, embora não tão grande, de variância compartilhada ($RM = 0,27$; $p < 0,001$) entre a Qualidade de Vida e as variáveis antecedentes depressão, ansiedade e TCL's, explicando conjuntamente 27% da variância total na determinação da Qualidade de Vida. Observou-se que o componente depressão ($b = -0,335$; $p < 0,001$) foi o principal responsável pela explicação da variância na qualidade de vida, seguidos pelos TCL's ($b = -0,273$; $p < 0,001$) no modelo proposto. A ansiedade foi excluída nesse modelo por não apresentar diferença estatisticamente significativa com a QV, bem como ter apresentado um baixo coeficiente de correlação ($b = 0,033$). Vale salientar que tal análise não foi feita para o uso da TARV, uma vez que essa variável não apresentou diferenças estatisticamente significativas com nenhuma das variáveis antecedentes.

Discussão

A pauperização da Aids, assim como a baixa escolaridade das pessoas contaminadas mostrou-se uma realidade presente nos dados aqui elencados. Um estudo desenvolvido por Irffm, Soares & DeSouza (2010) acerca dos fatores sociodemográficos que influenciam no conhecimento sobre HIV/Aids, verificou que o processo de "pauperização" da Aids no Brasil pode ter sido influenciado por um desnível significativo no nível de conhecimento sobre HIV/Aids, desfavorecendo aqueles com piores condições de educação e nível social. Desse modo, a identificação de indivíduos mais expostos à falta de conhecimento é um fator eminente para identificar grupos vulneráveis que possam ser alvo de campanhas de prevenção mais eficazes. (Azevedo, 2011).

O aumento da religiosidade após o diagnóstico foi representado por metade da amostra, demonstrando a importância da religiosidade ao proporcionar uma estrutura cognitiva que ordena e explica os eventos, contribuindo para a sensação de bem-estar emocional. Nesse sentido, percebe-se que a religiosidade perpassa os dilemas da condição de doença, reconhecendo-se também como importante fator no enfrentamento de doenças

como a Aids. Corroborando com esses dados, tem-se o estudo desenvolvido por Medeiros (2010), que investigou a relação entre religiosidade, culpa e avaliação da qualidade de vida no contexto do HIV/Aids.

Verificou-se que a dimensão temporal esteve relacionada à estabilidade do comportamento frente à adesão ao tratamento, uma vez que o menor tempo de diagnóstico e o maior tempo de uso da TARV contribuíram para o processo de adesão. Ambas as variáveis mencionadas favorecem a percepção dos benefícios decorrentes do tratamento, uma vez que quanto mais cedo o indivíduo descobrir a doença, mais facilmente conseguirá retardar e minimizar os sintomas da Aids. Para o maior tempo de uso da TARV o indivíduo também conviverá com menor índice de sintomas da doença, aderindo com maior estabilidade ao tratamento.

Em seu estudo, Anjos (2012) salienta que na adesão ao tratamento não se pode deixar de considerar questões subjetivas como a assimilação e elaboração da notícia de possuir uma doença crônica, uma vez que o paciente precisa de tempo e de fatores de proteção para assimilar sua nova condição. Assim, o processo de adesão e outros comportamentos de saúde, de acordo com Faustino e Seidl (2010), são objetos de estudo de vários modelos teóricos da Psicologia. Dentre esses modelos tem-se a abordagem cognitivo-comportamental, destacando a relação entre variáveis psicológicas (percepção de controle, otimismo, autoeficácia, habilidades de enfrentamento do estresse, crenças de saúde, atitudes relacionadas à doença e ao tratamento) e comportamentos de adesão. Observa-se, portanto, que a notícia do diagnóstico, bem como a maneira de elaborar e conviver com o vírus tem sido foco no estudo de aspectos voltados à saúde e ao desenvolvimento humano. Busca-se, dentre outros fatores, compreender o que está envolvido quando situações de adversidade são vivenciadas e como podem ser superadas pelos indivíduos.

No tocante aos sintomas depressivos, pesquisas (Ferraz e Campos, 2010; Schmitt e Silva, 2009) enfatizam que no geral estes são observados em cerca de 50% dos pacientes, em algum momento da trajetória da doença, refletindo a baixa autoestima e imagem negativa que formam de si próprios. O diagnóstico dessas alterações psicoemocionais

deve ser preciso, pois o tratamento delas irá requerer medicamentos que podem sofrer interações com aqueles utilizados na TARV, causando reações adversas ao paciente.

Na presente pesquisa foi perceptível que a maior prevalência de transtornos afetivos esteve associada às variáveis de baixa escolaridade e renda. Tais variáveis subsidiam a manutenção das condições objetivas de vida (alimentação adequada, moradia, lazer, entre outros) necessárias à Qualidade de vida. Além disso, o desemprego pode influenciar na capacidade dos pacientes em manter acesso apropriado ao serviço de saúde (por exemplo, custeio para o transporte público). Estes aspectos podem interferir no acesso ao cuidado e tratamento devido, assim como a capacidade do paciente em aderir à TARV.

Embora a execução da atividade laboral ajude na manutenção da vida diária, os participantes empregados deste estudo apresentaram maior frequência em sintomas de transtornos afetivos. Se por um lado a baixa renda esteve associada à sintomatologia depressiva e ansiosa, o emprego, mesmo sendo fonte de renda, deve ser entendido aqui em sua função psicológica para o indivíduo soropositivo ao HIV, o qual convive com o medo constante da descoberta do diagnóstico no local de trabalho, o que poderia implicar em sua perda. Estudos desenvolvidos recentemente enfatizam esse componente (Albuquerque, 2014; Anjos, 2012; Saldanha, 2011), uma vez que os participantes soropositivos ao HIV e que estavam empregados, relataram o receio em compartilhar o diagnóstico no local de trabalho, por duas razões: lidar com o preconceito dos conviventes e também o risco de perder o emprego, já proveniente dessa condição anterior.

Ademais, há de se considerar que a maioria dos participantes que trabalham está na faixa etária de 30 a 39 anos, apresentando maior prevalência dos sintomas de ansiedade. Considerando que esses indivíduos se encontram numa fase de maior produtividade ligada ao mercado de trabalho, tal prevalência ansiogênica pode ser explicada pela vivência do estigma associado à AIDS enquanto doença incurável, aumentando a preocupação frente à morte e o morrer, bem como para a vivência de situações de discriminação nas relações sociais. Em dados elencados na pesquisa de Medeiros (2010) foi perceptível que outro

componente com forte impacto na saúde mental dos indivíduos com HIV é a culpabilização atribuída a si devido sua condição de soropositividade, o que tem forte impacto na saúde mental desses.

Em um estudo desenvolvido por Garrido *et al.* (2007), cujo objetivo foi analisar o efeito do processo de estigmatização e discriminação no ambiente de trabalho, sobre os cuidados cotidianos à saúde e o bem-estar de homens vivendo com HIV/AIDS, os participantes indicaram que o tratamento antirretroviral exige idas frequentes aos serviços de assistência médica, o que implica em faltas ou atrasos no trabalho. A apresentação de atestados médicos para justificar a ausência no trabalho, mesmo sem indicar Aids, pode resultar em demissão. Desempregados, muitos são impedidos nos exames médicos e têm o direito ao sigilo de sua condição violado. Como último recurso, o pedido de aposentadoria implica em cenas de humilhação ou discriminação na perícia médica.

A partir destes dados, verifica-se que o diagnóstico de soropositividade ao HIV/AIDS apresenta-se como fonte de ansiedade e sofrimento psíquico, seja em decorrência da renegociação que as pessoas necessitam fazer com relação aos seus sentimentos de esperança e orientação para o futuro, seja em relação aos seus papéis sociais e de identidades, repercutindo na avaliação que os indivíduos têm sobre suas vidas. Quando coexistentes, os sintomas de ansiedade e depressão diminuem a avaliação positiva frente à vida, tendo assim, implicações para a percepção que as pessoas têm acerca da sua vida e do seu estado de saúde.

No tocante aos sintomas depressivos, pesquisas (Ferraz e Campos, 2010; Schmitt e Silva, 2009) enfatizam que no geral estes são observados em cerca de 50% dos pacientes, em algum momento da trajetória da doença. O diagnóstico dessas alterações psicoemocionais deve ser preciso, pois o tratamento delas irá requerer medicamentos que podem sofrer interações com aqueles utilizados na TARV, causando reações adversas ao paciente.

Verifica-se, portanto que a AIDS tem um impacto particular na vida do portador e nas relações com pessoas e situações para si significativas, nomeadamente quando se considera o estigma a ele associado. Neste contexto, Gandra e Teixeira (2010) realizaram

um estudo com pessoas que convivem com os vírus da AIDS e Hepatite C crônica e foi verificada a ansiedade como a principal implicação psicológica. No entanto, a depressão também indica um fator que merece atenção no contexto da soropositividade, haja vista a complexidade de estudos apontarem para este aspecto (Duarte & Rego, 2007; Stumpf, Rocha & Proietti, 2006; Reis, Lencastre & Guerra, 2010).

Percebe-se que tanto os TCL's, quanto a depressão, ansiedade e adesão ao uso da TARV, são fatores psicológicos atrelados ao diagnóstico e a convivência com a doença. A este respeito, percebe-se na literatura que pacientes com um ou mais sintomas relacionados à doença apresentam menor Qualidade de Vida do que indivíduos assintomáticos ou soronegativos (Razera, 2007). Logo, estas variáveis refletem diretamente na Qualidade de Vida dessas pessoas, sendo, portanto importante serem observadas.

Desta forma, há que se compreender a Qualidade de Vida como um conceito de caráter multidimensional e abrangente, devendo, então, incorporar a complexidade dos domínios do processo saúde-doença, dos relacionamentos sociais, das crenças individuais e das relações desses domínios com as características ambientais. Dentre os indicadores objetivos de Qualidade de Vida estão as condições de saúde e doença, os aspectos do ambiente físico, o trabalho, o lazer, dentre outros. Já os indicadores subjetivos abrangem sentimentos como a felicidade, satisfação com a vida, bem-estar, ou seja, consideram o significado que as pessoas atribuem as suas experiências (Martins, Garanhani, Robazzi & Santos, 2008).

A partir da análise multivariada foi perceptível que a depressão e os TCL's são preditoras da QV, pois apresentaram associações significativas com essa variável. Trazer artigo de depressão e QV associados.

Assim, constata-se que o paciente tendo acesso a requisitos básicos que geram segurança, confiança e acesso ao remédio necessitado, sente uma maior satisfação com a saúde biopsicossocial e conseqüentemente apresenta um olhar mais positivo direcionado ao convívio com este processo saúde-doença. Desta forma, o uso da TARV não poderia

deixar de ser enfatizado no estudo de Qualidade de Vida.

Diante do exposto, sentindo uma atmosfera favorável, o paciente fortalece sua adesão ao tratamento, suas relações sociais, sua satisfação com a saúde e com a vida, estabelecendo uma relação menos dolorosa e ressignificando subjetivamente seu convívio com a doença. Estes aspectos proporcionam assim, benefícios psicológicos, como a melhora da depressão, da ansiedade, da autoestima e do convívio social. A este aspecto, Castanha, Coutinho, Saldanha e Ribeiro (2007), enfatizam que a AIDS é representada enquanto uma doença que pode trazer inúmeras conseqüências psicossociais, profissionais, familiares e orgânicas. A Qualidade de Vida, por sua vez, é representada em elementos que possuem características tanto subjetivas quanto objetivas, abrangendo dessa maneira diferentes domínios presentes no conceito preconizado pela OMS.

A partir destes dados observa-se a necessidade de uma maior atenção por parte dos profissionais da área no que diz respeito à prevenção e tratamento psicológico dos pacientes. Neste enfoque, Silva, Azevedo e Saldanha (2010), ressaltam a importância em se detectar precocemente possíveis indicadores de sintomas de disfunção emocional com o objetivo de paliá-los ou tratá-los psicologicamente para que estes não cheguem a influenciar negativamente na adesão ao tratamento e a Qualidade de Vida das pessoas com HIV e AIDS.

Considerações finais

A partir do presente estudo foi possível confirmar a existência de alterações emocionais e psicossociais na vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS. Os transtornos afetivos foram identificados como os elementos principais nessas alterações, estando presente também a aparição de transtornos cognitivos leves. Observa-se ainda a experiência do estigma social quando verificada a depressão associada à remuneração e ocupação, retratando o medo e/ou insegurança de uma possível discriminação no ambiente de trabalho.

Sendo a Qualidade de Vida um aspecto essencial na existência do ser humano, deve ser direcionado um olhar especial para este constructo no âmbito da soropositividade, haja vista a depressão, ansiedade, os

transtornos cognitivos leves e a não adesão à TARV serem variáveis interferentes e que, como demonstrado nos resultados, se correlacionaram negativamente com a Qualidade de Vida dos participantes pesquisados.

Falar das intervenções psicológicas a partir da melhora da Qv dos participantes (regressão)

A partir da análise multivariada foi perceptível que a depressão e os TCL's são preditoras da Qualidade de vida, pois apresentaram associações significativas com essa variável. isto é, consequentemente, alvo de intervenções psicológicas.

Referências

- Albuquerque, J. L. (2014). *“Até que a morte nos separe”*: o casamento sorodiferente para o HIV/Aids e seus desdobramentos. Dissertação de Mestrado, Pós-graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba – UFPB.
- Anjos, D. F. (2012). *Quando três tempos se encontram: sentidos e ressignificações de jovens vivendo com HIV/Aids*. Tese de Doutorado, Pós-graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba – UFPB.
- Antelman, G. et al. (2007). Depressive symptoms increase risk of HIV disease progression and mortality among women in Tanzania. *J. Acquir Immune Defic Syndr.*, Boston, 44(4), 470-477.
- Azevedo, R. L. W. (2011). *Resiliência, Sintomatologia Depressiva e Ansiedade em Pessoas com HIV/Aids*. (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social - UFPB. João Pessoa
- Bonolo, P. F., Gomes, R. R. F. M., & Guimarães, M. D. C. (2007). Adesão à terapia anti retroviral (Hiv/aids): fatores associados e medidas da adesão. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 16(4): out/dez, 261-278
- Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Garcia Jr, C., & Pereira, W. Q. B. (1995). Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Ver. Saúde Pública*. 29(5), 355-63
- Caraciolo, J. M. M., & Shimma, E. (2007). Adesão - da teoria à prática. Experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS, p. 289.
- Carvalho, E. A. B. (2010). O impacto de prejuízos cognitivos leves em pessoas que convivem com o HIV/AIDS: Influências para a Qualidade de Vida. Dissertação de Mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba.
- Castanha, A. R., Coutinho, M. P. L, Saldanha, A. A. W., & Ribeiro, C. G. (2007). Repercussões psicossociais da depressão no contexto da AIDS. *Psicol. cienc. prof.* 26(1): março, 70-81.
- Christo P. P. (2010). Alterações cognitivas na infecção pelo HIV e AIDS. Trabalho realizado no Núcleo de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Belo Horizonte. Hospital Eduardo de Menezes – FHEMIG, Belo Horizonte, MG. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2010; 56(2), 242-247.
- Duarte, M. B., & Rego, M. A. V. (2007). Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(3): março, 691-700. Recuperado em abril de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/0D/csp/v23n3/27.pdf>
- Faustino, Q. M.; Seild, E. M. F. (2010). Intervenção Cognitivo-comportamental e adesão ao tratamento em pessoas com HIV/AIDS. *Psicologia: Teoria e Pesquisa Jan-Mar 2010, Vol. 26 n. 1, pp. 121-130.*
- Ferraz, T. L. B., & Campos, M. R. (2010). HIV/AIDS: Evolução histórica, aspectos psicoemocionais da convivência com a doença e a participação do farmacêutico na adesão ao tratamento. Trabalho apresentado na 8ª Mostra Acadêmica UNMEP
- Fleck, M. P. A. (2000). The quality of life assessment instrument of the World Health Organization(WHOQOL-100): characteristics and perspectives. *Ciênc. Public health* vol.5 no.1 Rio de Janeiro.
- Fleck, M. A. (2006). O Projecto WHOQOL: Desenvolvimentos e aplicações. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 5-13.
- Filho, J. R. P., & Santos, F. H. (2008). Estudos Brasileiros sobre demência associada ao HIV. *DST – J. Bras. Doenças Sex. Transm.* 20(3-4), 196-203.
- Garrido, P. B., Paiva, V., Nascimento, V. L. V., Sousa, J. B., & Santos, N. J. S. (2007). Aids, estigma e desemprego: implicações

- para os serviços de saúde. Rev. Saúde Pública: 41(Supl. 2), 72-79.
- Gandra, S. S., & Teixeira, Z. (2010). Portadores de VIH/SIDA e HCC: dar voz a relatos de sofrimento. Revista Toxicodependências. Edição IDT. 16(2), 49-70
- Gonçalves, D. M., Stein, A.T., & Kapczinski F. (2008). Performance of the Self-Reporting Questionnaire as a psychiatric screening questionnaire: a comparative study with Structured Clinical Interview for DSM-IV-T. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 24(2): fevereiro, 380-390.
- Irfm, G.; Soares, R. B. & DeSouza, S. A. *Fatores socioeconômicos, demográficos, regionais e comportamentais que influenciam no conhecimento sobre HIV/Aids.*
- Martins, J. T., Garanhani, M. L., Robazzi, M. L. C. C., & Santos, W. C. (2008) Significados de qualidade de vida para mulheres convivendo com AIDS. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS), 29(4): dezembro, 619-25.
- McCutchan, J. A., Wu, J. W., Robertson, R., Koletar, S. L., Ellis, M. T., Woods, S., Heaton R., Currier J., & Williams P. L. (2007). HIV suppression by HAART preserves cognitive function in advanced, immune-reconstituted AIDS patients. AIDS, 21:1109–1117.
- Medeiros, B. (2010). *A Relação entre Religiosidade, Culpa e Avaliação de Qualidade de Vida no Contexto do HIV/AIDS.* Dissertação de Mestrado, Pós-graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba – UFPB.
- Ministério da Saúde (2013). Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para adultos vivendo com HIV/AIDS. Versão Preliminar. Brasília. Recuperado em julho de 2013, de http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/52934/_p_vers_atild_e_o_preliminar_do_protocolo_cl_iacute_26118.pdf
- Razera, F. (2007). Fatores associados à Qualidade de Vida em saúde de paciente infectado pelo vírus da Imunodeficiência Humana. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em epidemiologia, Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Reis, A. C.; Lencastre, L.; Guerra, M. P. & Remor, E. (2010) Relação entre sintomatologia psicopatológica, adesão ao tratamento e qualidade de vida na infecção HIV e AIDS. *Psicol. Reflex. Crit.* [online]. 2010, vol.23, n.3, pp. 420-429. ISSN 0102-7972.
- Simpson, D. M. & Tagliati, M. (1994). Neurologic Manifestations of HIV Infection. *Annals of Internal Medicine.* 121(10): 769785.-
- Saldanha, A.A.W. (2011). Relatório de Pesquisa: Avaliação Neuropsicológica no contexto da Aids: ansiedade, depressão e prejuízos cognitivos leves associados à TARV e à Qualidade de Vida. CNPq.
- Seidl, E.M.F. (2001). Pessoas que vivem com HIV/AIDS: configurando relações entre enfrentamento, suporte social e Qualidade de Vida. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia. Brasília: Universidade de Brasília. Rev. Saúde Pública, 41(Supl. 2): 64-71.
- Seidl, E. M. F. (2005). Psicologia em do, Maringá, 10 (3): set./dez, 421-429.
- Seidl, E. M. F., Melchíades, A., Farias, V., & Brito, A. (2007). Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(10): out, 2305-2316.
- Silva, J. Azevedo, Azevedo, R. L. W., & Saldanha, A. A. W, (2010). Variáveis de Impacto na Qualidade de Vida de Pessoas Acima de 50 Anos HIV+. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(1), 56-63.
- Schmitt, J. H. L. & Silva, R. M. (2009). Prevalência de Sintomas Depressivos em Pacientes Portadores do HIV/Aids em um Hospital de Referência na Cidade de Florianópolis – SC. *Arquivos Catarinenses de Medicina* Vol. 38, no. 2.
- Stumpf, B.P.; Rocha, F.L.; Proietti, .F.C. (2006). Infecções virais e depressão. *J Bras Psiquiatr*, 55(2): 132-141.
- Tostes, M. A., Oliveira, A. C. P. (2004). Distúrbios cognitivos e demência associados ao HIV. *Manual de Assistência Psiquiátrica em HIV/AIDS*, p. 33-35.
- Tozzi, V., Balestra, P., Bellagamba, R., Corpolongo, A., Salvatori, M.F., Visco-Comandini, U., Vlasi, C., Giulianelli, M.; Galgani, S.; Antinori, A.; Narciso, P. (2007). Persistence of Neuropsychologic Deficits Despite Long-Term Highly Active

Antiretroviral Therapy in Patients With HIV-Related Neurocognitive Impairment: Prevalence and Risk Factors JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 45(2):174-182.

Woods, S. P; Rippeth, J. D; Frol, A. B; Levy, J. K, Ryan, E, Soukup, V. M, Hinkin, C. H, Lazzaretto, D., Cherner, M., Marcotte, T., Gelman, B. B., Morgello, S., Singer, E. J., Grant, I., Heaton, R. K. (2004). Interrater reliability of clinical ratings and neurocognitive diagnoses in HIV. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 26: 759-778.

Received: 04/17/2012
Accepted: 11/27/2014