

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
DOUTORADO EM SAÚDE E DESENVOLVIMENTO
NA REGIÃO DO CENTRO-OESTE**

RODRIGO FERREIRA ABDO

**QUALIDADE DE VIDA E DEPRESSÃO EM CRIANÇAS COM HIV/AIDS EM MATO
GROSSO DO SUL**

**CAMPO GRANDE
2013**

RODRIGO FERREIRA ABDO

QUALIDADE DE VIDA E DEPRESSÃO EM CRIANÇAS COM HIV/AIDS EM MATO GROSSO DO SUL

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação, em nível de Doutorado, em Saúde e Desenvolvimento na Região do Centro-Oeste, área de concentração/ linha de pesquisa - Saúde e Sociedade/ Doenças emergentes, reemergentes e negligenciadas na Região Centro-Oeste: aspectos socioculturais, ecoambientais, epidemiológicos e clínicos.

Orientador Prof. Dr. Rivaldo Venâncio da Cunha

**CAMPO GRANDE
2013**

FOLHA DE APROVAÇÃO

RODRIGO FERREIRA ABDO

QUALIDADE DE VIDA E DEPRESSÃO EM CRIANÇAS COM HIV/AIDS EM MATO GROSSO DO SUL

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Doutor.

Resultado:

Campo Grande (MS) 30 de abril de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Prof.Dr. **Rivaldo Venâncio da Cunha** (orientador)

Profa.Dra. **Márcia Maria Ferrairo Janini Dal Fabbro** (SESAU)

Profa.Dra. **Ana Maria Campos Marques** (UNIDERP)

Profa.Dra. **Ana Lúcia Lyrio de Oliveira** (UFMS)

Prof.Dr. **Juberty Antonio de Souza** (UFMS)

AGRADECIMENTOS

A Deus, que vive no Lar das Crianças.

Ao Prof. Dr. Rivaldo Venâncio da Cunha, meu orientador no desenvolvimento desta tese, pesquisador e professor por excelência, que me conduziu até o fim.

Ao Prof. Dr. Luiz Salvador de Miranda-Sá Jr., mestre superlativo, que me corrigiu nas vezes que precisei e me ensinou o modelo médico humanista e humanitário.

Ao Prof. Dr. Juberty Antonio de Souza, primeiro mestre na arte do cuidado.

À Dra. Eunice Rodrigues Garbeloti, psiquiatra de crianças, a mãe que escolhi.

À Profa. Dra. Ana Lúcia Lyrio de Oliveira, minha professora e colega, que me estimulou na busca do conhecimento.

Ao Prof. Dr. Francisco Baptista Assumpção Júnior, pedopsiquiatra de referência no Brasil, que me sugeriu incluir o tema qualidade de vida à pesquisa com as crianças infectadas pelo HIV.

À Profa. Dra. Márcia Maria Ferrairo Janini Dal Fabbro, a principal cuidadora das crianças infectadas pelo HIV, que se fez generosa, disponível e atenciosa.

À Profa. MSc. Vera Lúcia Kodjaoglanian, amiga, que me incentivou nos momentos de desalento.

Às Profa. MSc. Érica Noami Naka Matos, Delmina de Souza Campagna da Rocha, Luciana Vieira dos Santos Elias e Márcia Domingues Ferreira, que me apoiaram na realização da pesquisa de campo.

Ao Prof. Dr. Albert Schiaveto de Souza, que me auxiliou na análise dos dados.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento, professores, funcionários e colegas de turma, que dividem objetivos em comum.

A todos os amigos e parentes, que são minha família, o meu sorriso sempre.

Dedico às crianças com HIV/AIDS, com elas pude
aprender mais.
Para elas, saúde mental é brincar, estudar e tomar o
remédio. Suas responsabilidades. Seu compromisso
com a vida rumo à autonomia conquistada pela
chegada da idade adulta.

*Porque na muita sabedoria há muito
enfado; e o que aumenta em
conhecimento, aumenta em dor.*

(Eclesiastes, 1:18)

*O tratamento é nossa referência da vida.
Se eu deixar o tratamento, eu deixo tudo.*

(Depoimento de um paciente adulto com
HIV/AIDS)

RESUMO

A pesquisa teve por objetivo avaliar a qualidade de vida (QV) e depressão em crianças infectadas pelo HIV. Trata-se de estudo observacional do tipo caso-controle, desenvolvido em serviço ambulatorial, em nível de atenção especializada à saúde em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, de março 2009 a março 2010. O estudo comparou crianças com duas doenças crônicas, HIV/AIDS e Febre Reumática (FR), com controles-sadios. A amostra foi composta por 40 crianças $\geq 6 \leq 12$ anos infectadas pelo HIV, à época da coleta de dados. A qualidade de vida foi avaliada pela Escala de Avaliação da Qualidade de Vida (AUQEI). O Inventário de depressão infantil (CDI) avaliou a depressão infantil. Os resultados mostram que quarenta crianças infectadas pelo HIV foram incluídas, com dois grupos comparativos. Houve correlação linear significativa negativa entre o escore AUQEI e CDI, para os grupos de crianças, no geral (teste de correlação linear de Spearman, $p < 0,001$; $r = -0,30$). Em crianças com HIV/AIDS, no domínio autonomia, o escore do AUQEI foi significativamente maior no sexo feminino que no sexo masculino (teste de Mann-Whitney, $p = 0,02$). Concluiu-se que a qualidade de vida é satisfatória e a sintomatologia depressiva baixa nas crianças avaliadas. No grupo HIV/AIDS, crianças do sexo feminino têm mais autonomia que as do sexo masculino, que está associada à aquisição de domínios sobre os determinantes sociais da saúde.

Palavras-chave: Infecções por HIV; Qualidade de vida; Depressão.

ABSTRACT

The study was objective to assess the quality of life (QOL) and the depressive symptomatology of HIV infected children. The present was an observational study, case-control, developed in ambulatory service of a specialized care in Campo Grande, Mato Grosso do Sul from March 2009 to March 2010. This study compares children with two chronic illnesses, HIV/AIDS and Rheumatic Fever (RF), with demographically matched healthy controls. Convenience sampling was done amongst children ≥ 6 yr ≤ 12 of age with HIV infection at the time of survey were included in the study. Quality of life of the enrolled children was assessed by using the AUQEI. The CDI was used for assessing the depressive symptomatology in the enrolled children. The results of forty HIV infected were enrolled as a comparison groups. In general groups assessed were negative statistically significant linear correlation chosen as the AUQEI score and the CDI score (Spearman test, $p < 0,001$; $r = -0,30$). In the enrolled HIV/AIDS children, in the AUQEI score in autonomy domain was statistically significant high levels in the female than in the male (Mann-Whitney test, $p = 0,02$). The conclusions were the quality of life is satisfactory and low levels of depression in the assessed children. In HIV/AIDS, the enrolled female children have more autonomy than the male children with statistically, associated with acquire domains of social determinants of health.

Key words: HIV infections; quality of life; depression.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1 PERCEPÇÃO DAS CRIANÇAS COM HIV/AIDS	11
2.2 QUALIDADE DE VIDA NAS DOENÇAS PEDIÁTRICAS CRÔNICAS	16
2.3 DEPRESSÃO	21
2.4 HISTÓRIA DA INFECÇÃO PELO HIV/AIDS	26
3 OBJETIVOS	32
3.1 OBJETIVO GERAL	32
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	32
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	33
4.1 AMOSTRA	33
4.2 AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA	34
4.2.1 Questionário clínico para o diagnóstico psiquiátrico	35
4.2.2 Questionário clínico para avaliação de qualidade de vida	35
4.3. DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO	36
4.4 ANÁLISE DOS RESULTADOS	37
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
6 CONCLUSÃO	59
REFÊRENCIAS	60
ANEXOS	65
ANEXO A: Carta de Aprovação	
ANEXO B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
ANEXO C: Inventário de Depressão Infantil (CDI)	
ANEXO D: Questionário de avaliação de qualidade de vida em crianças e adolescentes (AUQEI)	

1 INTRODUÇÃO

A saúde mental da população pediátrica infectada pelo vírus HIV é tema de interesse para todos os profissionais envolvidos com a saúde desses pacientes.

A presente pesquisa teve como proposta avaliar a percepção das crianças com HIV/AIDS sobre qualidade de vida (QV) e sintomatologia depressiva por meio de dois instrumentos de autoavaliação. O estudo faz uma revisão dos conceitos correlacionados à percepção, qualidade de vida, depressão e história da infecção pelo HIV.

O início do século XXI é marco da mudança do status do HIV/AIDS pediátrico para o grupo das doenças pediátricas crônicas. A criança com HIV/AIDS tem vivido mais e melhor. Mudanças na epidemia de HIV pediátrico são consequência direta do advento da terapia antirretroviral potente e de outros avanços no tratamento da infecção pelo HIV. A sobrevivência das crianças com HIV/AIDS tem aumentado. A próxima conquista deve ser a otimização do estado de saúde dessas crianças (DAS *et al.*, 2010).

A história da evolução do conhecimento sobre a infecção pelo HIV/AIDS pediátrico e suas opções terapêuticas possibilitou a parada da progressão da epidemia pediátrica nos países com acesso ao tratamento, por meio de intervenções efetivas e melhora da qualidade de vida dessas crianças infectadas. Entretanto, mais pesquisas são necessárias nessa área (PLOWFIELD, 2007).

O primeiro caso pediátrico de infecção pelo HIV foi notificado pelo *Center for Disease Control and Prevention* (CDC), nos Estados Unidos, em 1982, após 18 meses da primeira notificação do primeiro caso em indivíduo adulto (MILLANA-CUEVAS; PORTELLANO; MARTINEZ-ARIAS, 2007).

As crianças, na grande maioria dos casos, contraem o vírus HIV por via vertical, ou seja, recebem o HIV/AIDS compulsoriamente da mãe, uma incômoda herança que as acompanha desde o ato do nascimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Deve-se destacar a importância que estão assumindo as afecções psiquiátricas associadas à infecção por HIV. Cresce a incidência de infecção por HIV, em crianças, como resultado da transmissão vertical, suscetíveis a transtornos

psiquiátricos desenvolvimentais ou psicorreativos (MIRANDA-SÁ JR.; MONNÉ, 2012).

Há poucos estudos na população pediátrica com o objetivo de mensurar a percepção sobre qualidade de vida e depressão em indivíduos infectados pelo HIV, especialmente na população de crianças com HIV/AIDS (DAS *et al.*, 2010).

Contudo, é árida a literatura científica sobre pesquisas que tratam dos transtornos depressivos em crianças com HIV/AIDS, condição clínica que é considerada uma doença pediátrica crônica. Subsistem lacunas e indagações a respeito da depressão e autopercepção sobre qualidade de vida, nessa população pediátrica, que justificam a pertinência desta pesquisa.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 PERCEPÇÃO DAS CRIANÇAS COM HIV/AIDS

Percepção é um fenômeno mental básico do sistema cognitivo, integrador do ambiente com a subjetividade humana, que constitui fundamento dos conceitos, da autoidentidade, do pensamento e do comportamento. O processo perceptivo é involuntário e ativo, nele intervêm o juízo e a interpretação, há influências pessoais e socioculturais e fazem supor que as diferenças perceptuais podem ser decorrentes de diferentes níveis de aprendizagem (LENT, 2010).

Aperceber é perceber algo com clareza, plenitude, integralmente. Trata-se de uma gnosis, um pleno reconhecimento. Contudo, a psiquiatria moderna não diferencia percepção de apercepção (DALGALARRONDO, 2008). As percepções são modificadas pelos interesses e afetos surgidos de uma necessidade humana. O conceito de necessidade, na obra de Piaget, é a ruptura do equilíbrio de um organismo. Nesse sentido, o conhecimento humano é um instrumento de adaptação psicossocial, adquirido por meio de uma necessidade. A construção do conhecimento ocorre quando acontecem ações físicas ou mentais sobre objetos que provocam o desequilíbrio (ASSUMPÇÃO JUNIOR; KUCZYNSKI, 2012).

Os estágios do desenvolvimento cognitivo de Piaget são universais, a cultura pode variar o conteúdo, mas não sua estrutura cognitiva. A sucessão desses estágios segue uma sequência invariante de transformações e a cultura não muda a sequência. A teoria piagetiana chama a atenção para os aspectos em comum da cognição em diferentes domínios, em determinada idade e, para a criança, como um construtor ativo da sua própria experiência. Ela fornece um guia explanatório valioso de como as crianças de diferentes idades podem construir distintos significados sobre o mesmo evento (SCHEUER, 2012).

O construtivismo piagetiano tem como premissa fundamental a ideia de que o indivíduo é agente de seu próprio conhecimento, isto é, ele constrói significados e define o seu próprio sentido e representação da realidade, de acordo com suas experiências e vivências em diferentes contextos. Essas representações, no entanto, estão constantemente abertas a mudanças e suas estruturas formam as bases

sobre as quais novos conhecimentos ou esquemas cognitivos são construídos (ASSUMPÇÃO JUNIOR; KUCZYNSKI, 2012).

A percepção da criança e sua capacidade de observação do meio e suas inter-relações é extremamente aguçada. O desenvolvimento do processo de comunicação tem início antes da aquisição da palavra. Para cada etapa do desenvolvimento cognitivo, a criança, em sua relação com o adulto, indica o melhor caminho para que se comuniquem da melhor forma (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A experiência de soropositividade vivida pela criança, a percepção que tem a respeito da própria doença, é construída a partir de três fontes distintas e intercambiáveis de conhecimento:

- a) percepção de si mesmo;
- b) percepção dos pais e cuidadores; e
- c) percepção dos profissionais da saúde.

Ou seja, as crianças com HIV/AIDS constroem seu sentido particular de doença a partir de conhecimentos adquiridos por meio da convivência com seus pais, cuidadores e profissionais da saúde. Em geral, os pais percebem a doença como um impacto mais negativo para a qualidade de vida dos seus filhos com HIV/AIDS que a própria criança infectada pelo vírus HIV (BERNAL, 2010).

Habitualmente, pais e cuidadores têm suas percepções distorcidas pela culpa e pelo medo do estigma social do HIV/AIDS, em relação à possibilidade de causar algum sofrimento, reação emocional negativa, dano psíquico à criança, bem como, à crença de que ela possa revelar seu diagnóstico sorológico a terceiros. Em relação à percepção do profissional da saúde, a valorização dos aspectos psicossociais do paciente, a vigilância em relação aos estados psicopatológicos, a abordagem humana e humanística, a relação de confiança e acolhimento, a sensibilidade do profissional para lidar com essas questões durante a consulta são facilitadoras para a revelação do diagnóstico, melhora da adesão ao tratamento e da percepção da criança sobre seus aspectos positivos, que contribuem para boa qualidade de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

O conhecimento sobre qualidade de vida é definido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL GROUP, 1995) como “percepção do indivíduo de sua posição na vida”. Quanto maior o estado de normalidade de uma sociedade, mais ampla é a percepção de qualidade de vida. No

caso da criança, por sua falta de autonomia, ela tem poucas condições de produtividade e funcionalidade socioeconômica, ou seja, depende do adulto e sua valorização psicossocial relaciona-se ao incentivo do desempenho acadêmico (ASSUMPÇÃO JUNIOR, 2010).

A percepção da doença, do tratamento, de si mesmo, do mundo e do futuro subjaz à percepção do componente subjetivo da qualidade de vida, formado pelo conjunto de avaliações do paciente a respeito das próprias condições e expectativas. Trata-se de uma capacidade que utiliza processos cognitivos. Também condicionam a qualidade de vida da criança, a sociedade, o macroambiente onde nasce e se desenvolve, sob as influências das condições socioeconômicas. As condições promotoras de saúde são essenciais a elas, porém, a pedra angular é a estrutura e função do apoio social para manutenção das condições de bem-estar físicas, mentais e espirituais (KUCZYNSKI, 2010).

A criança passa a perceber, aos poucos, a amplitude de manifestações que a infecção pelo HIV pode gerar. São facetas até então não identificadas a respeito do que é vivido e que são incorporadas a partir das suas experiências. É daí que constrói novos conceitos sobre a percepção de si mesmo. Dessa forma, a criança infectada pelo HIV, em seu processo de desenvolvimento biopsicossocial, ao entrar em contato com um macroambiente social, no qual a doença e o tratamento médico são fatores preponderantes do seu cotidiano e dos indivíduos a sua volta, percebe o mundo e a si mesma de forma peculiar (PINHO, 2004).

A percepção de que algo não está bem com o próprio corpo é acompanhada pela observação das reações dos pais e cuidadores, das mudanças da rotina de vida pessoal, durante o curso do processo desenvolvimental da criança. Diante da incerteza, imposta por mudanças externas e internas, o ambiente familiar pode constituir-se em fonte de recursos adaptativos ou fonte de estresse adicional (KUCZYNSKI; ASSUMPÇÃO JUNIOR, 2010).

Sobre o profissional de saúde, a partir das suas percepções, o mais importante é que, na relação com a criança infectada pelo HIV, quanto mais verdadeiro e claro o profissional for na condução do tratamento, mais ela sentirá segurança e conforto na relação e melhor adesão ao tratamento em geral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Na década passada, sob uma perspectiva antropológica, Abadia-Barrero (2002) pesquisou a noção socialmente construída sobre a criança soropositiva e

concluiu que essa estava associada à percepção social de sofrimento infantil. Vista como vítima, a criança soropositiva também sofre, em certa medida, estigma social; assim como o adulto com HIV/AIDS, porque o sofrimento infantil, na sociedade ocidental, por sua vez, é tido como tabu. Relaciona-se a imagem da infância com os anos da pureza.

O status do HIV/AIDS, na infância, como doença pediátrica crônica, trouxe mudanças no âmbito do tratamento com repercussões psicossocioambientais. O bom estado de saúde das crianças infectadas pelo HIV é global, ou seja, físico, emocional e social, promove bem-estar, boa qualidade de vida (DAS *et al.*, 2010).

No Brasil, onde o acesso ao tratamento é garantido, as crianças infectadas pelo HIV estão se tornando adolescentes. Assim, profissionais de saúde e cuidadores enfrentam novos desafios psicossociais: a revelação do diagnóstico, a adesão ao tratamento, questões da vida escolar e o início da vida sexual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

O desenvolvimento afetivo-relacional normal da criança não é uniforme. É um avanço tormentoso, ligado a fases de confirmação e exploração do meio. A criança, no seio de sua família, aprende a equilibrar a submissão com a sua autoafirmação; a maturidade afetiva se expressa na capacidade sexual, na ligação ao trabalho e na cultura (ASSUMPCÃO JUNIOR; KUCZYNSKI, 2012).

Aos poucos, a imagem de pureza das crianças, outrora assoladas como vítimas compulsórias do sofrimento infantil imposto pelo HIV/AIDS, cede lugar à percepção social do perigo que a descoberta da sexualidade do adolescente com HIV/AIDS impõe aos pais e à sociedade, em geral, aliada à discussão contemporânea das diversidades sexuais, no âmbito das diversidades sorológicas. Revela, então, a fragilidade dos laços humanos, trazendo consigo a condição humana do vazio, do tédio, da depressão, pela perda dos vínculos significativos (PINHO, 2004).

A criança aprende a construir a realidade através das suas experiências precoces com o meio, especialmente as pessoas significativas. Nos estados psicopatológicos, no entanto, há alterações no sistema de processamento de esquemas cognitivos, decorrentes de crenças e pensamentos negativos e disfuncionais. Esse é o modelo cognitivo da depressão de Beck, criado em 1967, que postula o conceito de tríade cognitiva para explicar o substrato psicológico da depressão: percepção negativa que o deprimido tem acerca de si mesmo, do mundo

e do futuro, pelas quais a construção negativa da realidade, que caracteriza a depressão, expressa a informação consistente com o esquema cognitivo negativo da pessoa e, conseqüentemente, o erro cognitivo decorrente desse processo falseado (SADOCK; SADOCK, 2008).

Há maior suscetibilidade a transtornos mentais gerada pelas doenças pediátricas crônicas. Mecanismos de defesa, reações indesejáveis ao diagnóstico, problemas com a adesão ao tratamento, impacto do diagnóstico e do prognóstico, para o paciente e sua família, para a equipe de saúde, tudo isso é de extrema importância e tem sido alvo de discussão, com o objetivo de melhorar a abordagem e condução clínica dessas condições crônicas da infância. É indiscutível a relação observada entre doenças crônicas, sintomas psicopatológicos, desempenho social e maior ou menor qualidade de vida dos pacientes (ASSUMPTÃO JUNIOR; KUCZYNSKI, 2012).

A Academia Americana de Pediatria elaborou recomendação para revelação do diagnóstico para crianças, em que considera idade, grau de maturidade cognitiva, dinâmica familiar e contexto clínico. Essas crianças infectadas pelo HIV têm sobrevivido até a adolescência. Para elas, a revelação do diagnóstico na infância pode trazer complicações, devido ao estigma social, medo, vergonha, ignorância e falta de conhecimento que rondam essa doença, resultando em discriminação e isolamento (MARQUES, 2012).

A revelação do diagnóstico é um processo fundamental da assistência às crianças soropositivas. Cuidadores tendem a adiar essa revelação às crianças, mesmo diante de indícios de que elas já saibam, desconfiem ou manifestem curiosidade sobre sua condição sorológica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Os pais e cuidadores da criança devem ser aconselhados por um profissional da saúde devidamente treinado no processo de revelação do diagnóstico de HIV. Essa revelação deve ser personalizada, respeitando sua capacidade cognitiva, condição clínica e circunstâncias. Crianças menores podem não ser necessariamente informadas do diagnóstico, mas devem ser esclarecidas sobre todos os procedimentos e suas repercussões (MARQUES, 2012).

Para Marques (2012), a revelação deve ser encorajada para crianças em idade escolar. É necessário que esse processo seja discutido e planejado com os pais e cuidadores, o que pode requerer várias consultas para avaliar o nível de conhecimento da criança e sua capacidade de enfrentamento. Nesse momento, é

preciso que pais e cuidadores estejam presentes, bem como os profissionais de saúde capacitados.

Paralelamente, o envolvimento da criança, mesmo em faixas etárias precoces, também é fundamental para a participação efetiva na adesão e auxílio no processo de aceitação do diagnóstico. Os atendimentos da equipe de saúde devem ser adequados ao nível de desenvolvimento cognitivo da criança por meio de recursos lúdicos que favoreçam a relação médico-paciente e o processo de comunicação interpessoal. A percepção e a compreensão da criança sobre o contexto do tratamento precisam de avaliação constante pela equipe de saúde. São garantias de adesão, fundamental para alcançar o objetivo terapêutico de melhora da qualidade de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

2.2 QUALIDADE DE VIDA NAS DOENÇAS PEDIÁTRICAS CRÔNICAS

Considera-se doença crônica pediátrica qualquer condição clínica cujos sintomas perdurem por mais de três meses, no intervalo de um ano, ou que leve à hospitalização contínua por, pelo menos, 30 dias, no intervalo de um ano. Apesar das repercussões clínicas e psicológicas, a perspectiva de crescimento e desenvolvimento dessas crianças aumentou em importância, associada ao estresse psicossocial inerente à condição, que ocasiona limitação física, inadaptação psicossocial e sofrimento (KUCZYNSKI; ASSUMPÇÃO JUNIOR, 2010).

Qualidade de vida relaciona-se às percepções do bem-estar do ser humano, ligadas diretamente à experiência humana e são apercebidas no âmbito de um modelo social estressante, que é um fato importante da vida cotidiana, inevitável. A falta de preocupação com a qualidade de vida, na infância, leva o paciente pediátrico com doenças crônicas ao tédio, à angústia e à depressão (ASSUMPÇÃO JUNIOR, 2010).

Pesquisas com populações infantis acometidas por doenças crônicas pediátricas constataram maior incidência de morbidade psiquiátrica nessas, quando comparadas a grupos-controle sadios fisicamente (KUCZYNSKI, 2010).

Podem-se citar as pesquisas na população pediátrica que relacionam condições clínicas crônicas, transtornos mentais e qualidade de vida, tais como, o estudo de Cristofani, Kuczynski e Odone Filho (2010) sobre leucemias na infância e

o trabalho de Len e Silva (2010) sobre artrite idiopática juvenil (artrite reumatoide juvenil).

Nesse grupo incluem-se trabalhos de neuropsiquiatria infantil desenvolvidos por Kuczynki, Souza e Valente (2010) sobre epilepsias na infância e a pesquisa de Valdés, Bezerra e Melo (2010) sobre transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade (TDAH).

Convém destacar que o conceito de qualidade de vida é medida fundamental em atendimento de saúde, havendo maior interesse sobre estudos relativos à qualidade de vida nos últimos anos. Contudo, ainda é escasso o número de trabalhos científicos cujo tema é qualidade de vida na infância. As crianças são capazes de se autoavaliar em relação aos aspectos do seu bem-estar; assim, os depoimentos de crianças são válidos nas avaliações de qualidade de vida infantil e importantes para o planejamento terapêutico (BERNAL, 2010).

Doenças pediátricas crônicas, como o espectro do HIV/AIDS em crianças, estão relacionadas à alta incidência de depressão, problemas de adaptação psicossocial e prejuízo da qualidade de vida. São consequências da infecção crônica pelo HIV sobre o desenvolvimento infantil, a cronificação da patologia, o estresse psicossocial no âmbito familiar e a necessidade gerada por uma rotina de consultas médicas constantes e repetidas. Todavia, variáveis têm sido observadas na capacidade de adaptação de crianças com doenças pediátricas crônicas. Para que isso ocorra, é imperativo identificar quais os fatores adaptativos e de desajustamento (DAS *et al.*, 2010).

A qualidade de vida, relacionada à saúde, deve ser pesquisada diretamente com o sujeito em questão, pois a existência da doença é uma dimensão da vida, que pode ou não afetar o bem-estar. As crianças, a partir da idade escolar, são competentes para falar sobre suas experiências e não compartilham das mesmas percepções dos adultos a respeito de causa e tratamento de doenças. Os achados em literatura da área sobre saúde mental e qualidade de vida indicam que as crianças são capazes de fornecer informações de sua qualidade de vida relacionada à saúde de forma válida e confiável (BERNAL, 2010).

A qualidade de vida é considerada como parâmetro complexo para mensuração efetiva no âmbito da pesquisa entre diversas culturas, com ênfase em seu caráter multidimensional e subjetivo. A medida da qualidade de vida, em várias

doenças, inclusive HIV/AIDS, prioriza instrumentos autoaplicáveis, que revelam a percepção do indivíduo pesquisado (BENERJEE; PENSI; BENERJEE, 2008).

A autonomia da criança é um dos domínios da avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. O desenvolvimento normal da criança e do adolescente culmina com a aquisição plena da sua autonomia, que marca o início da idade adulta. A concepção piagetiana do conceito de autonomia é um constructo cognitivo que se relaciona ao desenvolvimento da moral durante o curso da infância e da adolescência (KUCZYNSKI; ASSUMPÇÃO JUNIOR, 2010).

Para Assumpção Júnior e Kuczynski (2012), de acordo com o modelo cognitivo piagetiano, há duas formas de respeito a regras e normas: heteronomia e autonomia. A primeira caracteriza-se pelo respeito unilateral às regras, típica da autonomia comportamental do pré-escolar, ao passo que a segunda resulta do desenvolvimento paralelo da cooperação social e das operações concretas, ocorrida a partir da idade escolar, fundamentada na concordância e respeito mútuos, na reciprocidade, na emergência do senso de justiça, que pressupõe a superação do egocentrismo. Assim, a autonomia é definida como último estágio do desenvolvimento da moralidade. Trata-se de um conceito que se expande da dimensão moral para os domínios afetivo-volitivo, cognitivo-intelectivo e social.

O desenvolvimento da dependência, independência e autonomia é determinado pela sua congruência com padrões masculinos ou femininos que são hegemônicos em determinada cultura. No caso das crianças pantaneiras, observa-se o modelo das culturas ocidentais mais tradicionais, no qual, as meninas são responsabilizadas pelo preparo da comida, limpeza da casa e do quintal, cuidar dos bebês, que as mantêm no entorno da casa. Entretanto, aos meninos cabem responsabilidades que os levam ao ambiente circundante, como o trabalho no campo e entrega de recados. As circunstâncias culturais requerem que as crianças realizem tarefas típicas do gênero, sendo que os pais, mais que as mães, têm uma responsabilidade especial como modelo e fomentam a conduta apropriada ao gênero dos filhos do sexo masculino (ABDO, 2005).

O grau de autonomia dentro da ecologia social é considerado determinante social da saúde relacionando-se em um nível macrossocial comunitário ao conceito microssocial de qualidade de vida em crianças, relacionado a um modelo de responsabilidade unicamente familiar. A força da evidência dos determinantes sociais da saúde sobre seu impacto na saúde infantil mostra que as exposições

sociais precoces e adversas, como qualidade dos cuidados parentais e depressão materna, programam os sistemas biológicos da criança em desenvolvimento, provocando cadeias de risco que podem resultar em doenças crônicas na idade adulta, principalmente as doenças mentais (HALFON; LARSON; RUSS, 2010).

Fleury-Teixeira et. al. (2008) afirmam que promoção da saúde é a atuação para a ampliação do controle ou domínio dos indivíduos ou comunidades sobre os determinantes sociais da saúde e busca ampliação da autonomia de indivíduos e comunidades, uma necessidade fundamental para os indivíduos humanos, condição para sua saúde, sua qualidade de vida, sua normalidade. Portanto, o desenvolvimento da autonomia e os mecanismos para tal apenas podem ocorrer através da comunidade.

A ideia de normalidade relaciona-se à existência de qualidade de vida, uma vida saudável com poucas doenças. Observa-se satisfação pessoal por gozar de boa saúde, apesar de ter uma doença pediátrica crônica. Ao comparar o HIV com outras doenças, como, por exemplo, o câncer infantil, existe a necessidade de a criança perceber sua condição como algo normal e, dessa forma, busca-se a aceitação pessoal da doença (MIZIARA, 2011).

Para tanto, é importante reconhecer categorias de fatores ecoambientais, que influenciam a qualidade de vida de crianças com doença crônica grave, como o câncer e outras doenças limitantes de vida, associadas à dor e outras sequelas físicas que vulnerabilizam a integridade somática, de acordo com Assumpção Júnior e Kuczynski (2012):

- a) ambiente interno: fatores intrínsecos do nível de funcionamento psíquico da criança, como, a compreensão da doença, o controle dos sintomas, a restrição da autonomia;
- b) ambiente imediato: fatores afetivo-relacionais e socioambientais relacionados aos pais, cuidadores e profissionais de saúde;
- c) ambiente institucional: fatores do sistema socioeconômico e políticas públicas de saúde, educação e proteção à criança e ao adolescente.

Na revisão da literatura, muitas crianças infectadas pelo HIV, em particular os adolescentes, mostraram qualidade de vida relativamente preservada, com diferença estatisticamente não-significativa, em relação à população geral. Porém, todos os estudos têm comparado crianças infectadas pelo HIV com controles sadios (DAS *et al.*, 2010).

No estudo de Miziara (2011), constatou-se que há prática de ações ou atitudes discriminatórias às crianças e adolescentes estigmatizados, em situações em que elas foram tratadas com hostilidade por outros alunos da escola, com tratamento agressivo, revelador de ostensível preconceito contra crianças e adolescentes portadores do HIV. Acontecimentos desse tipo trazem à tona a exacerbação do estigma vivido, o que, na maioria dos casos, leva o indivíduo a excluir-se socialmente. Neste estudo, esse tipo de estigma é relatado, levando ao sigilo de sua condição sorológica como estratégia de evitar o preconceito e discriminação (MIZIARA, 2011).

Há otimismo quanto à qualidade de vida de crianças que se desenvolvem com doenças crônicas. Apesar disso, do ponto de vista do paciente pediátrico, a pesquisa da percepção é pouco frequente. Igualmente, percepções paternas e da equipe médica em contato com a criança sob avaliação têm, em geral, baixos índices de correlação com a autoavaliação infantil (KUCZYNSKI, 2010).

Até o momento, há um único estudo que compara crianças com HIV/AIDS com crianças que apresentam fibrose cística, uma doença pediátrica crônica associada a incapacidades físicas. Foram pesquisados 41 indivíduos infectados pelo HIV, entre seis e 18 anos, na Índia. As crianças e adolescentes infectados pelo HIV referiram menos sintomatologia depressiva e sua autoavaliação foi mais positiva, demonstrando melhor qualidade de vida em todos os domínios, quando comparadas ao grupo com fibrose cística. No grupo com HIV, houve mais apoio psicossocial e menos depressão que no grupo com fibrose cística (DAS *et al.*, 2010).

A divergência entre situações de bem-estar e depressão está presente no discurso de crianças e adolescentes com HIV. O fato de verbalizarem situações de bem-estar e amargura caracteriza situações de conflito interno, revelando depressão por possuírem uma doença incurável, que os fazem sentirem-se diferentes de outras pessoas. Percebe-se, apesar dos sentimentos verbalizados, uma tentativa de seguir em frente com a execução de suas práticas diárias (MIZIARA, 2011).

Órfãos ou crianças vulneráveis em razão do déficit de saúde dos pais soropositivos são significativamente mais depressivos e com menor autoestima quando comparados às crianças não infectadas pelo HIV, o que caracteriza pior ajustamento psicossocial, percepção de bem-estar e qualidade de vida (FANG; STANTON; LIN, 2009).

A abordagem clínica apropriada das alterações psicopatológicas não só é essencial para a melhora da qualidade de vida das crianças infectadas pelo HIV/AIDS, como também é estratégica para garantir boa adesão aos esquemas antirretrovirais, condição primordial para o sucesso terapêutico da infecção pelo HIV/AIDS (MORAES; OLIVEIRA; TOSTES, 2011).

2.3 DEPRESSÃO

Sintomas, síndromes e enfermidades são construtos cognitivos observáveis que nomeiam estados patológicos. Na medicina, têm sentidos particulares, configuram a estrutura hierárquica das condições patológicas, formada por três termos que expressam conceitos progressivamente mais complexos: os sintomas, as síndromes e as doenças. Nos estados psicopatológicos, conseqüentemente, podem-se configurar três situações clínicas distintas: depressão-sintoma (hipotímia), depressão-síndrome e depressão-doença (MIRANDA-SÁ JR., 2010).

O diagnóstico das doenças mentais é baseado predominantemente na percepção de dados clínicos observáveis. Esse procedimento diagnóstico psiquiátrico fundamenta a determinação de um prognóstico quanto à evolução do quadro clínico e, obviamente, o ideal é que seja confiável, válido, com alta sensibilidade e especificidade, como quaisquer diagnósticos médicos (DALGALARRONDO, 2008).

Sintoma é o dado elementar, menos complexo, de um quadro clínico, o elemento fundamental da psicopatologia. Em medicina, síndrome é o conjunto coerente de sinais e sintomas que costumam apresentar-se correlacionados, elemento intermediário entre o sintoma e a entidade nosológica (ou entidade clínica, enfermidade, doença). O diagnóstico psiquiátrico, em nível sindrômico, é a base sobre a qual se estrutura o diagnóstico das enfermidades mentais. Nesse âmbito, enfermidade é um construto que expressa a resposta de um ser vivo à agressão sofrida por um agente patogênico que lhe causa algum dano. Assim, a noção de enfermidade inclui a descrição clínica de curso e evolução, etiopatogenia e prognóstico (MIRANDA-SÁ JR., 2010).

Muitas vezes, é difícil definir o diagnóstico da depressão no contexto da infecção pelo HIV, a não ser pela evolução clínica dos sintomas e caracterização de

seu curso. O diagnóstico e o tratamento da depressão, em indivíduos com HIV/AIDS, têm sido considerados indispensáveis ao prognóstico da infecção pelo HIV, pois envolvem a questão da adesão ao esquema antirretroviral, no caso do paciente adulto (DALGALARRONDO, 2008).

A prevalência de transtornos depressivos, em pacientes adultos infectados pelo HIV, varia entre 12% e 66% e não é diagnosticada em 50% a 60% desses pacientes. Pode-se associar a resultados fracos do tratamento antirretroviral, posto que influencia diretamente a adesão do paciente. No estudo sobre 246 adultos com HIV, dos quais a AIDS havia sido diagnosticada em 97%, 81% desses estavam em estado imune estável; a prevalência de depressão foi de 32%, sintoma associado a uma renda baixa, chamada pauperização da epidemia brasileira (SILVEIRA *et al.*, 2012).

A implicação neuropatológica do circuito anatômico, formado pela córtex pré-frontal, amígdala, núcleo pálido e tálamo medial, estruturas cerebrais envolvidas na fisiopatologia da depressão, fundamenta, parcialmente, as elevadas taxas de depressão, em pacientes adultos infectados pelo HIV-1 (SADOCK; SADOCK, 2008).

O conceito genérico de transtorno (*disorder*) mental não permite distinção entre os três níveis de complexidade diagnóstica – sintoma, síndrome, entidade clínica – dos fenômenos psicopatológicos a que se refere, nem sua qualidade como tipo de patologia. Entretanto, devido à hegemonia da corrente neopositivista no meio médico-científico, a literatura especializada emprega correntemente o termo transtorno depressivo (MIRANDA-SÁ JR., 2010).

A depressão-transtorno constitui a complicação psiquiátrica descrita com mais frequência em indivíduos adultos com infecção pelo HIV/AIDS e é mais prevalente nesse grupo que na população geral. Um estudo de metanálise destacou que apenas o transtorno depressivo maior parece ser mais frequente entre pacientes infectados pelo HIV/AIDS. Entre mulheres com HIV/AIDS, no Brasil, um estudo detectou taxa de cerca 25% de transtorno depressivo maior (MORAES; OLIVEIRA; TOSTES, 2011).

Os transtornos depressivos são reconhecidos como um problema prioritário de saúde pública no mundo, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS). O transtorno depressivo é classificado tanto pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionadas à Saúde – décima revisão (CID-10), da OMS, quanto pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos

Mentais – 4ª edição, texto revisado (DSM-IV-TR), em leve, moderado ou grave, de acordo com o número, intensidade e importância clínica dos sintomas (DALGALARRONDO, 2008).

A infecção do sistema nervoso central (SNC) é fator de risco para o transtorno depressivo maior. Observa-se elevada taxa de depressão entre pacientes com transtornos neurológicos que afetam estruturas subcorticais, síndromes parkinsonianas, síndromes do lobo frontal e afecções dos gânglios da base. Em pacientes adultos com complexo demência-AIDS, há taxas de 60% de depressão. A sintomatologia depressiva inclui apatia, anergia e disforia (SADOCK; SADOCK, 2008).

São diagnósticos diferenciais do transtorno depressivo maior, inclusive em indivíduos com HIV/AIDS, as seguintes condições: cólera/irritabilidade, luto, luto complicado, desalento, apatia e fadiga devido à enfermidade sistêmica avançada, apatia devido ao complexo demência-AIDS, transtorno adaptativo com humor deprimido, transtorno afetivo bipolar-fase depressiva, distímia (transtorno depressivo menor), uso/abuso de drogas, transtorno depressivo secundário, transtorno depressivo induzido pela medicação antirretroviral, transtorno afetivo sazonal, personalidade depressiva (MORAES; OLIVEIRA; TOSTES, 2011).

O estado psicopatológico da depressão tem repercussões psicoimunológicas associadas a alterações neurobiológicas na função do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. No mundo real da prática clínica, os pacientes em geral apresentam-se em uma área intermediária entre a fadiga idiopática clássica, a depressão atípica crônica precoce e a depressão sazonal, sugestiva de condições que se sobrepõem biologicamente, com a existência de espectros de enfermidades, em vez de categorias nosológicas distintas (JURUENA; CLEARE, 2007).

Para Juruena e Cleare (2007), a depressão melancólica pode ser associada à hiperativação prolongada do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, com suscetibilidade à infecção aumentada, padrão que ocorre em patologias somáticas crônicas graves e maus tratos na infância. Outro grupo de psicopatologias, representado pela depressão atípica, doença afetiva sazonal e síndrome da fadiga crônica, é caracterizado por hipoativação crônica do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, que resulta em suscetibilidade à inflamação aumentada, que também fundamenta o grupo de sintomas depressivos em estados hiperimunes, febre reumática, síndromes autoinflamatórias, fibromialgia, pós-parto e menopausa.

Alterações psicológicas ou psiquiátricas podem fazer parte da história pregressa da pessoa soropositiva ou serem desencadeadas após a descoberta do diagnóstico. Os sentimentos despertados pelo diagnóstico de HIV/AIDS fazem parte de um processo de luto e tristeza, mecanismo psicológico normal e necessário para a manutenção de um equilíbrio psíquico que garanta uma qualidade de vida satisfatória (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A presença de transtorno depressivo maior, em adultos, está associada à menor adesão ao tratamento da infecção pelo HIV/AIDS e pior qualidade de vida. Indivíduos infectados pelo HIV, com sintomatologia depressiva, parecem expor-se mais a práticas sexuais de risco do que os não-deprimidos. A lipodistrofia desencadeada por antirretrovirais tem sido associada à sintomatologia depressiva. Na coinfeção HIV/hepatite C, a sintomatologia depressiva tem sido associada à imunoterapia com interferon (BOTEGA, 2011).

Nos pacientes sob quimioterapia para tratamento de neoplasias, há diminuição de níveis plasmáticos de triptofano induzida por citocinas pró-inflamatórias, decorrentes da maior atividade de enzimas metabolizadoras desse aminoácido. Pacientes com depressão orgânica induzida por citocinas têm se beneficiado pelo uso de antidepressivos serotoninérgicos (DANTZER *et al.*, 2008).

Na encefalopatia pelo HIV em crianças, mecanismos neuroimunes inespecíficos, ativados pelo processo de replicação viral, resultam na produção excessiva de citocinas pró-inflamatórias. A fisiopatologia dos transtornos depressivos, em crianças com HIV/AIDS, envolve a circuitaria frontoestriatal e o funcionamento dos gânglios da base. Isso é especialmente comprovado em relação à sintomatologia depressiva associada à encefalopatia pelo HIV, em crianças. Nesses casos, a depressão é uma neuropatologia subcortical (MARQUES, 2012).

A ativação de macrófagos e células dendríticas, durante infecções sistêmicas virais e bacterianas, câncer, distúrbios autoimunes, doenças coronarianas ou obesidade, produz citocinas pró-inflamatórias. Tais sinais agem no cérebro e exacerbam a doença somática, bem como, causam depressão em indivíduos vulneráveis. Trata-se do sistema cérebro-citonina, que atua como resposta adaptativa ao estresse. Resulta em hipermetabolismo do núcleo acumbente, sede do sistema dopaminérgico de prazer-recompensa cerebral, associado com sintomas de fadiga e anedonia. Essa sintomatologia depressiva tem impacto negativo na

qualidade de vida de pacientes com doenças inflamatórias crônicas (DANTZER *et al.*, 2008).

A complicação neuropsiquiátrica diretamente relacionada ao HIV, mais conhecida e estudada, é a encefalopatia subaguda causada pelo HIV, chamada, habitualmente, de complexo demência-AIDS. Seu conceito mais abrangente e descritivo é o complexo cognitivo-motor ligado ao HIV (CCMLHIV), que é associado predominantemente à fase de imunossupressão avançada. Sobretudo em sua fase inicial, o CCMLHIV assemelha-se a um transtorno depressivo com apatia e anormalidade dos movimentos sacádicos oculares (MORAES; OLIVEIRA; TOSTES, 2011).

Na infância precoce, a encefalopatia pelo HIV tem quadro clínico frustrado e inespecífico com a expressão de sintomatologia depressiva. Pode iniciar-se com achados inespecíficos, como o fracasso na aquisição de habilidades, principalmente motoras e da linguagem. Em crianças maiores que seis anos, o quadro pode iniciar com desinteresse na escola ou piora da atenção (MARQUES, 2012).

São descritos três tipos de evolução clínica:

- a) forma subaguda progressiva: há deterioração neuropsicomotora e regressão cognitiva, afetiva e social. Há sinais neurológicos focais, microcefalia adquirida. Evolui com apatia, convulsões, coma e morte;
- b) forma de *plateau*: há regressão cognitiva, e a taxa de aquisição de novas aptidões permanece baixa (QI entre 50-70, deficiência mental leve);
- c) forma estática: o crescimento cerebral é normal. O déficit cognitivomotor não progride. O desenvolvimento de novas aptidões é adequado. Pode haver hipercinesia.

Na clínica neuropsiquiátrica, podem-se observar, em relação ao curso e evolução dos transtornos depressivos de base organicocerebral, os seguintes padrões de alterações psicopatológicas quanto à sintomatologia depressiva, de acordo com o trabalho de Dantzer *et al.* (2008):

- a) fase aguda precoce: fadiga, anorexia, distúrbios do sono e outros sintomas neurovegetativos e somáticos;
- b) fase aguda tardia: depressão-sintoma (hipotimia), ansiedade e irritabilidade;
- c) fase crônica: fadiga e anedonia.

O pico precoce e o pico tardio de sintomatologia depressiva compartilham a mesma etiopatogenia, que é a alteração neuropatológica do sistema serotoninérgico. Ao passo que a transição para a fase crônica é representada pelo comprometimento do sistema dopaminérgico. Os fatores etiológicos da depressão têm repercussão na escolha do medicamento antidepressivo.

No campo da psicopatologia infantil, na prática clínica, a depressão-síndrome é típica das patologias sociopsicogênicas, que são determinadas preferencialmente por situações, conflitos, frustrações ou outros agentes psicossociais. Invariavelmente, a depressão-doença não se traduz por depressão-sintoma (hipotimia) e sintomatologia depressiva típica, análoga à sintomatologia dos adultos. A sintomatologia depressiva comum em crianças é hiperatividade, enurese, cefaleia, epigastria, déficit de aprendizagem, agressividade, problemas de conduta social, alterações cognitivas, principalmente relacionadas à atenção, raciocínio e memória (ASSUMPÇÃO JUNIOR; KUCZYNSKI, 2012).

Na depressão infantil, há heterogeneidade na apresentação clínica, há presença de sintomas, além da depressão e outras alterações do humor, associadas a comorbidades clínico-somáticas, fatores individuais e ambientais que fazem do diagnóstico clínico dessas condições um desafio a partir de uma perspectiva desenvolvimental, sobre os quais estão sobrepostos aspectos neurobiológicos relacionados à cronobiologia e endofenótipos (FU-I; BOARATI; MAIA, 2012).

De acordo com o modelo cognitivo da depressão, esse transtorno mental está associado a pensamentos disfuncionais resultantes da presença de crenças negativas sobre a doença e sentimentos de desalento, desmotivação para cuidar de sua própria saúde e perda da confiança nas próprias habilidades para lidar com as exigências do tratamento. Em quadros graves de depressão, pode haver ideação ou condutas suicidas (SADOCK; SADOCK, 2008).

2.4 HISTÓRIA DA INFECÇÃO PELO HIV/AIDS

O HIV/AIDS é um dos mais graves problemas de saúde pública mundial, e, na atualidade, há mais de trinta milhões de pessoas vivendo com essa infecção viral. As questões biopsicossociais relativas à epidemia modificaram-se ao longo de três décadas, acompanhadas passo a passo com transformações socioculturais,

ecoambientais e bioéticas, que ocorreram em decorrência da evolução histórica da infecção pelo HIV (PINHO; PEREIRA, 2012).

Descrita inicialmente em homossexuais jovens do sexo masculino, no início dos anos 1980, a AIDS não demorou a atingir, inclusive, a população pediátrica. Antes mesmo da descoberta do vírus HIV, em 1983, já haviam sido notificados ao *Center for Center for Disease Control and Prevention* (CDC) casos suspeitos de AIDS em crianças. À época, surgiram as primeiras publicações com descrição do quadro clínico da síndrome, na população infantil, compreendida entre zero a 13 anos de idade (MIZIARA, 2011).

Trata-se de uma sindemia, posto que a epidemia do HIV/AIDS desenvolveu-se sobre um contexto social complexo, no qual os problemas individuais atuam de maneira sinérgica, interpenetram-se e reforçam-se mutuamente, extrapolando a concepção inicial do HIV/AIDS associada ao comportamento sexual, de forma unívoca e unilinear. Dessa forma, as campanhas preventivas fizeram com que a epidemia fosse mais visível, com maiores possibilidades de identificação e de tratamento dos casos, adoção de medidas terapêuticas mais efetivas, melhora da sobrevivência e, conseqüentemente, da qualidade de vida (SOUZA, 2007).

Tendo como ponto de partida o fornecimento de medicamentos para o tratamento de HIV/AIDS, considerada uma condição clínica crônica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), surgiu, nos anos 1990, o fenômeno da judicialização da saúde. O crescente número de ações judiciais, propostas por usuários do SUS infectados pelo HIV/AIDS, para garantir o fornecimento da medicação, teve queda após 1999, surgindo outras condições patológicas dominantes, tais como, hepatite C, situação que se mantém até hoje em relação a outras doenças crônicas (BORGES; UGÁ, 2009).

Ao se buscar a efetivação do direito à saúde, processo iniciado no Brasil com o caso do HIV/AIDS, no onipresente panorama da escassez de recursos, alocações ou escolhas ocorrerão, à pauta da discussão bioética, do problema do acesso à atenção em saúde. Daí a necessidade de uma ética específica para a saúde pública, pautada em dois princípios: da solidariedade e da responsabilidade. Entretanto, o que se busca é um princípio capaz de promover o equilíbrio entre interesses e pontos de vista individuais e coletivos em torno do acesso à saúde (GLOBEKNER, 2010).

Para Borges e Ugá (2009), no caso da saúde, as decisões nessa área envolvem desde o financiamento até a alocação dos recursos e o planejamento das ações. Por isso, no campo da saúde, o uso de regulamentos técnicos, critérios científicos, protocolos de conduta e, ainda, a necessidade de pautar-se por critérios epidemiológicos são essenciais para a definição de políticas públicas de saúde, a adoção de condutas terapêuticas, a padronização de medicamentos para a infecção pelo HIV/AIDS e a incorporação de tecnologias, ainda mais, sabendo-se que a pesquisa no campo das doenças infecciosas está em constante progresso.

Nesse sentido, pode-se afirmar que a AIDS tornou-se uma doença crônica naqueles países onde o acesso à terapia antirretroviral é uma realidade, com aumento da qualidade de vida das pessoas acometidas. No Brasil, entre as estratégias para combater a epidemia, destaca-se a política de distribuição universal dos medicamentos antirretrovirais aos portadores do HIV/AIDS que necessitam de tratamento, influenciada pelos níveis de adesão ao tratamento, aspecto que tem sido priorizado nas políticas públicas em alguns países (POLEJACK; SEIDL, 2010).

Após 30 anos do início da epidemia da AIDS, com a garantia de direito à saúde e acesso ao tratamento da infecção pelo HIV/AIDS pelo SUS, em todas as fases do ciclo da vida, vive-se um novo desafio na assistência à população pediátrica: crianças infectadas pelo vírus por transmissão vertical estão chegando à fase da adolescência, consideradas como primeira geração infectada desde o nascimento e que estão tornando-se adolescentes com HIV (MIZIARA, 2011).

A infecção pelo HIV/AIDS pode ser considerada como uma doença crônica, em que não se identificam mais grupos de risco. Assim, na atualidade, é possível verificar proporções cada vez maiores de pessoas infectadas pelo HIV, com maior tempo de vida desde o contágio e com qualidade de vida satisfatória. Não raro, indivíduos com dez a quinze anos de contágio continuam a viver e a exercer as suas atividades cotidianas, inclusive no âmbito reprodutivo, como expressão dos fenômenos de heterossexualização e feminilização da epidemia de HIV/AIDS, observados no Brasil desde meados dos anos 1990 (SOUZA, 2007).

Nesse contexto, associado ao fenômeno do envelhecimento, está inserido o caso das crianças com HIV/AIDS. Diante do atual contexto em que essa epidemia se encontra, surgem novos desafios a serem enfrentados por pais e cuidadores: adesão à terapia medicamentosa, revelação diagnóstica, entrada na escola, início da adolescência, práticas sexuais seguras e relacionamento afetivo. A revelação

diagnóstica é um dos maiores desafios na assistência à população infantil, uma questão de grande complexidade e de extrema relevância, que gera inúmeros conflitos nas relações entre as crianças e seus pais, cuidadores e profissionais de saúde (SILVEIRA, 2008).

Assim, a não-adesão ao tratamento tem-se mostrado um desafio real em todas as áreas da medicina. Considerando-se que a não-adesão seja a maior ameaça ao tratamento, há necessidade do conhecimento dos fatores psicológicos e socioculturais dos indivíduos com HIV/AIDS em determinado serviço de saúde, associados à dependência direta da satisfação das suas expectativas e aspirações futuras. Nesse contexto, adesão tem o significado mais amplo que a simples participação e pressupõe a concordância, a compreensão, a participação, o compromisso na ação, além da aceitação do papel de paciente com todas as suas implicações (SOUZA, 2007).

Esse novo desafio está sendo vivenciado nos serviços de saúde que atendem principalmente crianças que se infectaram por transmissão vertical. Crianças de menor faixa etária não revelam ter conhecimento do diagnóstico, não tendo noção dos estigmas causados pela AIDS, o que faz com que não se percebam diferente das crianças com outras patologias. Já as crianças de maior faixa etária revelam que a doença as tornam diferentes, principalmente devido ao uso da medicação por elas e pelos pais (CROSSETTI; PAULA, 2008).

De acordo com Garrett (2011), a adesão terapêutica é mais difícil durante a adolescência, pois a autonomia está relacionada a experiências de liberdade, que necessitam de apoio do ambiente terapêutico e familiar, ou seja, apoiar a autonomia implica conferir liberdade ao sujeito para determinar, por si, o próprio comportamento, sendo que, entre pacientes com HIV, é fator preditivo para a boa adesão terapêutica medicamentosa.

Globekner (2010), no sentido da aplicação da bioética à questão do HIV/AIDS em crianças e adolescentes, ressalta, entretanto, que o conceito de vulnerabilidade é condição inerente à sua imaturidade e incapacidade relacionadas ao desenvolvimento normal, ou seja, não há autonomia nem possibilidade de emancipação, o que não possibilita uma decisão ou escolha independente, que demanda a constante intervenção dos pais, cuidadores e profissionais ligados aos serviços de saúde.

A modificação do perfil da infecção pelo HIV/AIDS de uma doença letal para uma doença pediátrica crônica, afeta a qualidade de vida de si mesmo, dos familiares, cuidadores e profissionais de saúde, que lidam com a população pediátrica infectada pelo HIV/AIDS. O desenvolvimento físico e psicológico das crianças e adolescentes com HIV, em especial aqueles infectados por transmissão vertical, é uma expressão dos fenômenos da heterossexualização, feminilização e envelhecimento da epidemia de HIV/AIDS com repercussões psicopatológicas (BRAGHETO, 2008).

Em seu trabalho, Miziara (2011) afirma que há percepção de crianças e adolescentes com HIV/AIDS sobre a existência de algo diferente em suas vidas. Observa-se a insegurança dos pais, cuidadores e profissionais de saúde ao se depararem com entraves no processo de revelação diagnóstica; revelar ou não esse processo de descoberta da soropositividade retarda-se e a criança percebe-se em meio a uma rotina incomum à de seus colegas, como, o uso diário de medicamentos, as frequentes visitas ao médico e internações hospitalares (MIZIARA, 2011).

Ricas, Pinto e Borges (2009) acrescentam que a infância pode ser atingida pelo HIV além das dimensões relativas à infecção, enfocando as questões psíquicas associadas à qualidade de vida. De acordo com Miziara (2011), nota-se a importância do controle emocional e participativo dos pais no processo de adaptação e compreensão do ser HIV, assim como a presença de profissionais qualificados que venham minimizar o impacto causado pelas repercussões psicossociais da infecção pelo HIV, na infância e, conseqüentemente, o estigma associado.

No trabalho de Souza (2007), ainda se verifica a questão do estigma, caracterizada pelas condutas de não compartilhamento das informações com os familiares e com pessoas do relacionamento próximo. Esse fator se torna uma lacuna para os programas preventivos na medida em que há possibilidades de ocorrerem práticas sexuais diversas que, não sendo explicitadas, podem manter a população geral em risco.

A análise geral da epidemia indica que as taxas de notificações têm decrescido, podendo-se apontar como responsável a aceitação das informações sobre a doença. Observa-se uma queda tanto no número absoluto de óbitos quanto na letalidade por AIDS, que eleva a sobrevivência e melhora a qualidade de vida. Quanto à saúde mental da pessoa com HIV/AIDS, a depressão e outras

comorbidades psiquiátricas representam um obstáculo importante na adesão ao tratamento. O fato de que a epidemia deverá continuar por muito tempo, tornando-se uma doença crônica, pode fazer com que a prevenção seja “relaxada” e aumente o risco de recrudescimento da epidemia, especialmente entre os jovens (SOUZA, 2007).

A identificação precoce de riscos ou vulnerabilidades para a não adesão ao tratamento é essencial para prevenção ao desenvolvimento da resistência viral, consequência que pode limitar o acesso das pessoas às possibilidades de tratamento. Uma vez que a adesão é o ponto crucial para o sucesso da terapia antirretroviral, surge o desafio do monitoramento da adesão, medidas que permitirão o desenvolvimento de estratégias e intervenções mais custo-efetivas, a fim de que as políticas públicas tragam impacto efetivo para a população (POLEJACK; SEIDL, 2010).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade de vida e depressão em crianças com HIV/AIDS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- mensurar a percepção sobre qualidade de vida;
- identificar sintomas depressivos nessa população.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Tratou-se de um estudo observacional do tipo caso-controle. A abordagem metodológica que fundamentou este trabalho foi a pesquisa quantitativa. O protocolo n. 1040/2007 e o seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram revisados pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da UFMS, e aprovados, encontrando-se de acordo com as resoluções normativas do Ministério da Saúde, conforme a resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (ANEXO A). Os procedimentos metodológicos serão descritos a seguir, bem como, a apresentação das etapas da pesquisa constando os procedimentos para a coleta e análise dos dados.

4.1 AMOSTRA

Foram estudados pacientes pediátricos com HIV/AIDS, em tratamento ambulatorial, no Estado de Mato Grosso do Sul, referenciados para atendimento especializado, no Centro Especializado de Doenças Infectoparasitárias - CEDIP – um serviço público municipal, em Campo Grande, entre seis e 12 anos de idade, no período de março de 2009 e março de 2010. A comparação ocorreu com um grupo de crianças sem doenças pediátricas crônicas e outro grupo de crianças com febre reumática (FR) sem HIV/AIDS, pareadas quanto a sexo e idade com o grupo de crianças com HIV/AIDS. A escolha de crianças com FR como doença pediátrica crônica deve-se a estudos científicos existentes sobre a interface Pediatria e Psiquiatria nessa área (MERCADANTE, 1999).

Antes da admissão nos grupos de pesquisa, todos os indivíduos, pacientes e responsáveis legais receberam informações sobre os objetivos da pesquisa, seus riscos e tempo médio de duração das entrevistas, preenchendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), assinado pelo responsável pela criança. A amostra total foi selecionada por conveniência e composta pelas primeiras 40 crianças portadoras de HIV/AIDS, que preencheram os critérios de inclusão da pesquisa, no período compreendido entre março de 2009 e março de 2010. Os grupos-controle de crianças da população geral e de crianças com doenças pediátricas crônicas (FR) têm 40 pacientes cada.

As crianças da população geral estudavam em uma escola municipal de Campo Grande, que permitiu a coleta de dados, *in loco*, selecionando as primeiras 40 crianças que apresentavam a mesma faixa etária e sexo daquelas com HIV/AIDS, incluídas nesta pesquisa. Intencionalmente, as primeiras 40 crianças com FR, que cumpriam os critérios de pareamento com o grupo com HIV/AIDS, foram selecionadas e avaliadas entre os pacientes do ambulatório de reumatopediatria do Núcleo de Hospital Universitário, da UFMS. Assim, foi composto o grupo total de 120 crianças avaliadas.

Essas crianças preencheram os seguintes critérios de inclusão:

- a) diagnóstico de infecção pelo HIV pela via vertical;
- b) casos de HIV associados ou não à AIDS;
- c) idade de seis anos até doze anos.

Foram considerados critérios de exclusão para os três grupos:

- a) antecedentes de traumatismo cranioencefálico com amnésia pós-traumática;
- b) deficiência mental moderada a grave;
- c) diagnóstico atual de dependência de álcool ou outras drogas.

O grupo-controle com doenças pediátricas crônicas preencheram os critérios de inclusão descritos a seguir:

- a) diagnóstico de febre reumática;
- b) diagnóstico negativo de HIV;
- c) idade de seis anos até doze anos.

O grupo-controle sadio seguiu como critérios de inclusão:

- a) diagnóstico negativo de doenças pediátricas crônicas;
- b) idade de seis anos até doze anos.

4.2 AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA

As crianças pesquisadas foram submetidas à avaliação psiquiátrica composta por dois instrumentos descritos a seguir, mediante questionários clínicos. Caso alcançassem o ponto de corte no Inventário de Depressão Infantil (CDI), seriam submetidas à avaliação clínica para confirmação do diagnóstico psiquiátrico.

4.2.1 Questionário clínico para o diagnóstico psiquiátrico

Como instrumento para o diagnóstico psiquiátrico, utilizou-se o Inventário de Depressão Infantil, CDI, adaptado e validado no Brasil por Gouveia *et al.* (1995), sendo seu ponto de corte, estabelecido por Barbosa e Gaião (1996), igual a 18 (Anexo B).

O CDI tem características psicométricas satisfatórias para discriminar, como *screening*, depressão infantil, possui 20 itens, pontuação de 0 a 2, para cada item, e mede a gravidade da depressão em crianças e adolescentes por meio da avaliação de quatro fatores: reações afetivas, aspectos cognitivos, questões comportamentais e sintomas somáticos (GOUVEIA *et al.*, 1995).

4.2.2 Questionário clínico para avaliação de qualidade de vida

Como questionário clínico para avaliação de qualidade de vida foi aplicado o AUQEI – Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida em Crianças e Adolescentes, traduzido e adaptado por Assumpção Júnior *et al.* (2000), cujo ponto de corte é 45 (Anexo C).

O AUQEI é um instrumento genérico de determinação de qualidade de vida de crianças, um questionário que leva em conta o nível de desenvolvimento cognitivo, a capacidade de expressão da própria subjetividade, o grau de independência da criança e busca avaliar a sensação subjetiva de bem-estar, que torna possível sua comparação entre pacientes pediátricos e indivíduos com boa saúde, excluindo inferências baseadas em seu desempenho acadêmico (KUCZYNSKI; ASSUMPÇÃO JUNIOR, 2010).

Trata-se de instrumento para avaliar qualidade de vida em crianças entre quatro anos e doze anos de idade, sob o ponto de vista da subjetividade dos pacientes envolvidos; possui 26 questões, com escores que podem variar de 0 a 3, correspondentes; respectivamente; a muito infeliz, infeliz, feliz e muito feliz, distribuídas em quatro domínios: autonomia, lazer, funções e família. A escala possibilita a obtenção de um escore único, resultante da somatória dos escores de cada domínio.

4.3 DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

Os diagnósticos psiquiátricos foram definidos segundo os critérios do manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais, da Associação Americana de Psiquiatria – DSM-IV, 4ª edição revisada (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994), utilizando-se as informações obtidas por meio dos instrumentos acima descritos, junto aos pais e à criança, pela observação direta da criança e pelo julgamento clínico do autor desta tese.

São critérios diagnósticos para transtorno depressivo, denominado episódio depressivo maior, de acordo com o DSM-IV-TR (1994), a presença por, pelo menos, 14 dias de, no mínimo, cinco dos seguintes sintomas depressivos:

- a) deve haver humor deprimido, triste ou “na fossa”. Em crianças e adolescentes, pode haver humor irritável ou rabugento, que deve ser diferenciado de um padrão de “criança mimada”, que se irrita quando está frustrada (Critério A1);
- b) deve haver perda de interesse e prazer, “não se importar mais”, retraimento social; p. ex., uma criança que gostava de futebol encontra desculpas para não praticá-lo (Critério A2);
- c) apetite geralmente reduzido, ou podem ter aumento do apetite ou avidez por alimentos específicos; em crianças, pode-se notar um fracasso em fazer ganhos de peso esperados (Critério A3);
- d) insônia e outras perturbações do sono, como, hipersonia (Critério A4);
- e) alterações psicomotoras que incluem agitação ou retardo (Critério A5);
- f) diminuição da energia, cansaço e fadiga (Critério A6);
- g) sentimento de desvalia ou culpa, pode incluir avaliações negativas e irrealistas do próprio valor, preocupações cheias de culpa ou ruminções acerca de pequenos fracassos do passado (Critério A7);
- h) prejuízo na capacidade de pensar, concentrar-se ou tomar decisões; em crianças, uma quebra abrupta no rendimento escolar pode refletir uma fraca concentração (Critério A8);
- i) pode haver pensamentos sobre morte, ideação suicida ou tentativas de suicídio (Critério A9);

- j) não pode satisfazer os critérios para episódio misto, ou seja concomitantemente maníaco e depressivo por, pelo menos, uma semana consecutiva (Critério B).;
- k) deve haver um sofrimento clinicamente significativo ou alguma interferência no funcionamento social (Critério C).;
- l) o episódio depressivo não é devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral, ou seja, condição clínica orgânica, somática (Critério D);
- m) se os sintomas começam dentro de dois meses após a perda de um ente querido e não persistem além de dois meses, geralmente são considerados decorrência do luto; a menos que estejam associados com acentuado prejuízo funcional ou incluem preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor (Critério E).

Os critérios diagnósticos para transtorno depressivo do DSM-IV-TR apresentam diferenças descritivas entre sintomatologia depressiva de adultos e de crianças e adolescentes, sendo instrumento mais adequado à investigação nessa faixa etária que os critérios diagnósticos descritos na CID-10 para depressão, que não diferencia o quadro clínico de depressão durante o curso do desenvolvimento infantil das demais etapas do ciclo vital.

4.4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste estudo, para a comparação entre grupos, faixas etárias e sexo das crianças, e para a análise de correlação linear entre os escores, no AUQEI e CDI, foram utilizados testes não-paramétricos, uma vez que as amostras de dados não passaram no teste de normalidade, avaliado pelo método de Kolmogorov e Smirnov (KS). A comparação entre os grupos de crianças em relação ao escore no AUQEI, no total e em cada um dos domínios e em relação ao escore no CDI, no total, em cada um dos fatores, foi realizada por meio do teste de Kruskal-Wallis, seguido pelo pós-teste de Dunn.

Já a comparação entre sexos, em cada grupo, foi realizada por meio do teste de Mann-Whitney. A correlação linear entre os escores no AUQEI e no CDI, em cada grupo separadamente e no geral, foi avaliada por meio do teste de correlação linear

de Spearman. Os demais resultados das variáveis avaliadas neste estudo foram apresentados na forma de estatística descritiva ou na forma de tabelas e gráficos. A análise estatística foi realizada utilizando-se o “Software” SPSS, versão 13.0, considerando diferenças e correlações significativas quando o valor de “p” foi menor que 0,05 (SHOTT, 1990).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo, foram avaliadas 120 crianças, sendo divididas em três grupos, portadoras de HIV/AIDS, portadoras de Febre Reumática e crianças saudáveis, compostos de 33,3% (n=40) cada um.

De forma geral, 50,0% (n=60) das crianças eram do sexo feminino e os outros 50,0% (n=60) do sexo masculino. Ainda em relação ao sexo, em cada um dos três de crianças havia 50,0% (n=20) do sexo feminino e 50,0% (n=20) do sexo masculino.

De forma geral, a idade das crianças variou entre 6 e 12 anos, sendo a idade média de $10,07 \pm 1,65$ anos (média \pm desvio padrão da média). Nos grupos estudados a idade média das crianças com HIV/AIDS, com Febre Reumática e saudáveis, variou respectivamente em, $10,05 \pm 1,68$ anos, $10,05 \pm 1,68$ anos e $10,10 \pm 1,65$ anos.

Os resultados referentes aos escores no AUQEI, nos três grupos de crianças avaliadas neste estudo, estão apresentados na Tabela 1.

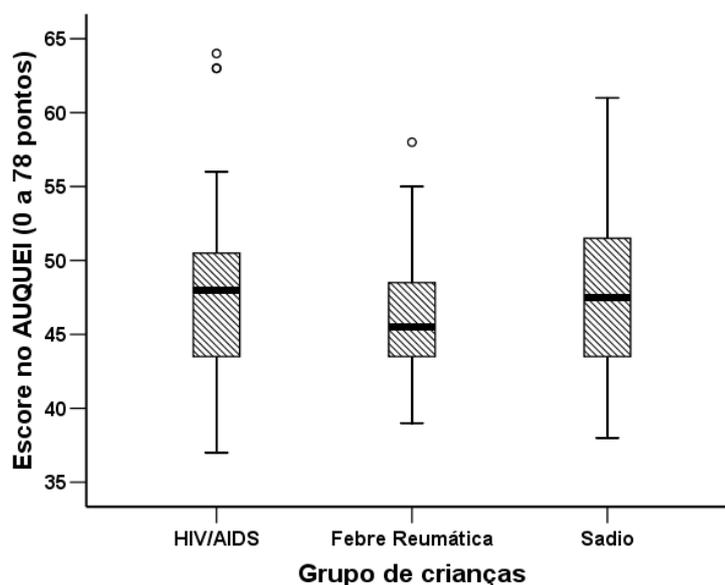
Tabela 1- Escore no AUQEI nos três grupos de crianças avaliadas

AUQEI		Escore observado em cada grupo de crianças mediana \pm quartil 25% e 75% (mínimo e máximo)			Valor de p (entre grupos) Kruskal-Wallis com pós-teste de Dunn
		HIV/AIDS	Febre Reumática	Sadios	
Total		48 \pm 43 e 51 (37 e 64)	46 \pm 43 e 49 (39 e 58)	48 \pm 43 e 52 (38 e 61)	0,32
Domínio	Autonomia	7 \pm 6 e 8 (2 e 10)	7 \pm 6 e 8 (5 e 11)	7 \pm 6 e 8 (4 e 10)	0,86
	Lazer	6 \pm 6 e 8 (4 e 9)	6 \pm 6 e 7 (5 e 9)	6 \pm 6 e 7 (5 e 9)	0,27
	Funções	10 \pm 8 e 11 (7 e 13)	10 \pm 9 e 10 (7 e 14)	10 \pm 8 e 10 (4 e 13)	0,72
	Família	9 \pm 8 e 11 (7 e 15)	9 \pm 9 e 10 (7 e 13)	10 \pm 9 e 11 (7 e 13)	0,05

Os resultados referentes apenas ao escore total, em cada um dos grupos de crianças, estão ilustrados na Figura 1. De forma geral, não houve diferença entre os grupos de crianças, em relação aos escores no AUQEI, tanto no total como nos

domínios autonomia, lazer, funções e família (teste de Kruskal-Wallis, valor de p variando entre 0,05 e 0,86).

Figura 1- Escore total no AUQEI, segundo grupos



As 26 questões do AUQEI exploram relações familiares, sociais, atividades, saúde, funções corporais e separação, contidas em quatro domínios, assim constituídos: 1) questões relacionadas à autonomia, que inclui independência, relação com companheiros e avaliação; 2) questões relativas ao lazer da criança; 3) funções relativas às atividades na escola, às refeições, ao deitar-se e na ida ao médico; e 4) família, que é o domínio relativo à opinião da criança quanto à percepção de si mesma, à percepção das figuras parentais e à percepção que tem sobre o que seus pais acham dela, de acordo com Assumpção Júnior *et al.* (2000).

A comparação dos três escores, sem diferenças significativas entre os domínios do AUQEI, que mensuram autonomia, lazer e funções tanto entre as crianças sadias quanto naquelas com doenças pediátricas crônicas, mostram que os três grupos estudados apresentam percepções equivalentes sobre tais aspectos da sua qualidade de vida.

O AUQEI é um instrumento que avalia a sensação subjetiva de bem-estar, ou seja, a qualidade de vida da criança, considerando o nível de desenvolvimento cognitivo e da autonomia, que torna possível sua comparação entre pacientes pediátricos e crianças sadias (KUCZYNSKI; ASSUMPÇÃO JUNIOR, 2010).

Para Assumpção Júnior e Kuczynski (2010), em um estudo que avaliou comparativamente por meio do AUQEI crianças com leucemia e com artrite reumatoide juvenil, concluiu-se que essas crianças haviam obtido pontuações do AUQEI compatíveis com os controles saudáveis. Porém, em relação aos quatro domínios, os escores das crianças com leucemia foram mais baixos que aqueles obtidos pelas crianças com artrite reumatoide juvenil, sendo, ambos, escores menores do que o grupo-controle sadio.

Fazem parcimônia os dados relativos à comparação dos escores no domínio família do AUQEI nos três grupos de crianças avaliadas, no qual foi obtido o valor de $p=0,05$. A análise estatística foi realizada considerando-se diferenças e correlações significativas quando o valor de “p” fosse menor que 0,05 (SHOTT, 1990). Ou seja, o valor obtido foi limítrofe. Não permite afirmar categoricamente que há percepções semelhantes dessas crianças sobre si mesmas e suas figuras parentais.

O domínio família aborda opinião da criança quanto à autopercepção e percepção sobre figuras parentais de acordo com Assumpção Júnior *et al.* (2000) e pode ser melhor entre aquelas crianças com HIV/AIDS do que as saudáveis ou com febre reumática.

Valdés, Bezerra e Melo (2010) pesquisaram a qualidade de vida de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), por meio do AUQEI, sendo que as questões 8 (ida à consulta médica), 14 (internação hospitalar) e 20 (ingesta da medicação) mostraram diferenças significativas entre crianças com TDAH e o grupo-controle. Tais questões referem-se a situações relacionadas à saúde. Além disso, conforme os resultados autonomia foi o domínio que obteve pontuações mais baixas, comprometida pela presença de uma condição crônica.

De acordo com Kuczynski e Assumpção Júnior (2010), os resultados dos escores do AUQEI, nas questões 14 (internação hospitalar) e 20 (ingesta da medicação), sobre a autopercepção de crianças com leucemia em relação a crianças com artrite reumatoide e o grupo de crianças saudáveis, permitiram inferir que as crianças com câncer têm percepção mais próxima da condição real da limitação global a que são submetidas e da gravidade do processo mórbido. Exceto em relação aos resultados na questão 8 (ida a consulta médica), com escores maiores para crianças com artrite reumatoide do que para aquelas com leucemia, que denota a percepção maior de incapacidade física entre as reumáticas, em detrimento da

percepção de potencial fatalidade decorrente da doença e de outros aspectos socioemocionais comuns em casos de câncer infantil.

Ao se comparar a qualidade de vida em crianças com leucemia e com artrite reumatoide, com dados obtidos por meio do AUQEI entre crianças epiléticas, essas apresentaram um desempenho muito abaixo do obtido pelos outros dois grupos de crianças com doenças crônicas, principalmente no âmbito do domínio autonomia. O prejuízo na aquisição da autonomia entre crianças com epilepsia está associado à insegurança psicossocial percebida por esses indivíduos, à superproteção dos pais ou dos cuidadores e ao processo microssocial de marginalização do doente crônico. A criança percebe a perda de controle sobre si advinda da doença que interfere no desenvolvimento da autonomia (KUCZYNSKI; SOUZA; VALENTE, 2010).

Para esses autores, a epilepsia e seu tratamento medicamentoso podem ter efeitos neurofisiológicos diretos que levam à comorbidade psiquiátrica, assim como ocorre na infecção pelo HIV, em crianças. Em relação ao TDAH, outra condição neurológica de curso crônico, Valdés, Bezerra e Melo (2010) afirmam que a autonomia da criança pode estar comprometida, e, pela sua relevância para o desenvolvimento infantil, tal domínio deve ser mais explorado pelos pesquisadores.

Os resultados referentes aos escores no CDI, em cada um dos grupos de crianças avaliadas neste estudo, estão apresentados na Tabela 2. Nota-se que, no geral, o escore total da autopercepção da qualidade de vida entre os três grupos não permite diferenciá-los estatisticamente, conforme discutido anteriormente.

Tabela 2- Escore no CDI nos três grupos de crianças avaliadas

CDI	Escore observado em cada grupo de crianças mediana±quartil 25% e 75% (mínimo e máximo)			Valor de p (entre grupos)	
	HIV/AIDS	Febre Reumática	Sadios	Kruskal-Wallis com pós-teste de Dunn	
Total	13±6 e 19 (0 e 41)	9±6 e 13 (0 e 30)	10±5 e 19 (3 e 35)	0,27	
Fator	Reações afetivas	2±1 e 5 (0 e 14)	1±1 e 3 (0 e 13)	3±1 e 4 (0 e 10)	0,06
	Aspectos cognitivos	3±1 e 5 (0 e 11)	2±1 e 3 (0 e 6)	2±1 e 4 (0 e 9)	0,12
	Questões comportamentais	2±1 e 3 (0 e 6)	2±1 e 3 (0 e 5)	2±1 e 2 (0 e 5)	0,73
	Sintomas somáticos	0±0 e 2 (0 e 3)	0±0 e 1 (0 e 4)	0±0 e 1 (0 e 4)	0,91

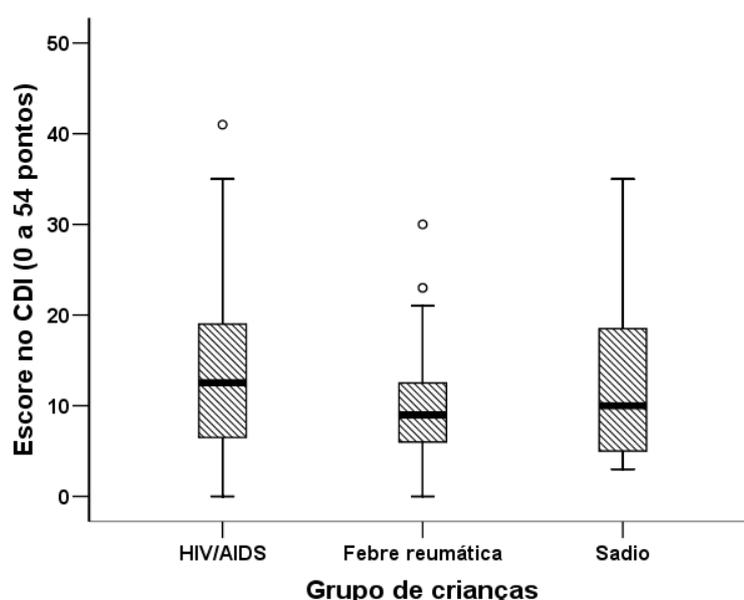
Apesar de poucos estudos sobre a percepção sobre qualidade de vida e depressão, em crianças infectadas pelo HIV, a mudança de status do HIV/AIDS, como doença pediátrica crônica, trouxe mudanças no âmbito do tratamento, com repercussões sobre a qualidade de vida e a saúde mental infantil. O bom estado de saúde das crianças infectadas pelo HIV, quando comparadas às crianças com fibrose cística e crianças saudáveis, é global, promove bem-estar (DAS *et al.*, 2010).

Há relação observada entre doenças pediátricas crônicas, depressão e maior ou menor qualidade de vida dos pacientes devido à maior suscetibilidade a transtornos mentais, gerada pelas doenças pediátricas crônicas. (ASSUMPÇÃO JUNIOR; KUCZYNSKI, 2012).

No caso da febre reumática (FR), de acordo com Mercadante (1999), nesse grupo de pacientes pediátricos crônicos, há maior frequência de transtornos psiquiátricos desenvolvimentais e psicorreativos, sendo encontrada a taxa de 21,4% de casos de transtorno depressivo.

De forma geral, não houve diferença entre os grupos de crianças, em relação aos escores no CDI, tanto no total como nos fatores (reações afetivas, aspectos cognitivos, questões comportamentais e sintomas somáticos). Os resultados referentes ao escore total, em cada grupo de crianças, estão ilustrados na Figura 2.

Figura 2- Escore total no CDI nos três grupos de crianças avaliadas



Na análise gráfica do escore do CDI, de acordo com os três grupos de crianças avaliados, observa-se que no grupo com HIV/AIDS há uma única criança que pode ser diagnosticada como depressão infantil e duas com febre reumática que podem ser diagnosticadas como casos de depressão. Não foram diagnosticadas, pelo CDI, crianças do grupo-controle sadio com depressão.

Em crianças, o HIV/AIDS como doença pediátrica crônica está relacionado à alta incidência de depressão e prejuízo da qualidade de vida, decorrentes da infecção crônica pelo HIV sobre o desenvolvimento infantil, o estresse sociofamiliar e a necessidade advinda da rotina de consultas médicas (DAS *et al.*, 2010).

Entre adultos com HIV/AIDS, no estudo de Silveira (2012), a prevalência de depressão foi de 32% e sua presença estava associada à baixa renda, ao contrário dos estudos apriorísticos sobre adultos infectados com HIV/AIDS, em que a prevalência de depressão varia entre 12% e 66% e não é diagnosticada em 50% a 60% desses pacientes. Para Moraes, Oliveira e Tostes (2011), entre mulheres com HIV/AIDS, no Brasil, há taxa de cerca 25% de transtorno depressivo maior e somente esse transtorno parece ser mais frequente entre pacientes com HIV/AIDS.

No estudo de Das *et al.* (2010), foram comparadas crianças infectadas pelo HIV com fibrose cística e controles sadios, sendo observada baixa incidência de depressão e altos escores da qualidade de vida, ao contrário do que se esperava, de acordo com trabalhos científicos sobre depressão, em crianças com HIV/AIDS.

Para Miziara (2011), a ideia de normalidade relaciona-se à existência de qualidade de vida, uma vida saudável com poucas doenças, sem depressão, apesar de ter uma doença pediátrica crônica. Na comparação do HIV com câncer infantil, a criança soropositiva percebe sua condição como algo normal como estratégia de aceitação do diagnóstico de HIV. Porém, a verbalização de bem-estar diverge de relatos de depressão, há conflito interno, alterações do ajustamento psicossocial diante da percepção da natureza incurável do HIV, do futuro e do risco de morte.

Cresce a incidência de infecção por HIV, em crianças, como resultado da transmissão vertical, para Miranda-Sá Jr. e Monné (2012). No campo da psicopatologia infantil, segundo Assumpção Júnior e Kuczynski (2012), a depressão-síndrome caracteriza patologias sociopsicogênicas, determinadas preferencialmente por situações, conflitos, frustrações ou outros agentes psicossociais.

Para Fu-I, Boarati e Maia (2012), a presença de sintomas da depressão, associadas a comorbidades clínico-somáticas, fatores individuais e ambientais

fazem do diagnóstico clínico da depressão infantil e, conseqüentemente, do seu tratamento um desafio na atenção em saúde mental infantil.

A tarefa de “diagnosticar crianças”, para Mercadante (1999), depende da observação clínica e capacidade de apreensão do mundo da criança pelo investigador, requisitos fundamentais para o diagnóstico psiquiátrico na infância.

O instrumento CDI, de acordo com Gouveia *et al.* (1995), tem características psicométricas satisfatórias para discriminar, como *screening*, depressão infantil. Bem como os diagnósticos psiquiátricos foram definidos segundo os critérios do DSM-IV-TR (1994), pela presença por, pelo menos, 14 dias de, no mínimo, cinco sintomas depressivos; inclusive, a depressão não é devido aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral, ou seja, condição clínica orgânica, somática (Critério D).

Tal qual o CDI, há critérios específicos, no DSM-IV-TR, para diagnóstico na população pediátrica, são eles: 1) pode haver humor irritável ou rabugento, que deve ser diferenciado de um padrão de “criança mimada”, que se irrita quando é frustrada (Critério A1); 2) deve haver perda do interesse, p.ex. uma criança que gostava de futebol encontra desculpas para não praticá-lo (Critério A2); 3) em crianças, pode-se notar um fracasso em fazer ganhos de peso esperados (Critério A3); 4) uma quebra abrupta no rendimento escolar pode refletir uma fraca concentração (Critério A8).

Os resultados referentes aos escores no AUQEI, de acordo com o sexo das crianças, no grupo HIV/AIDS, estão apresentados na Tabela 3.

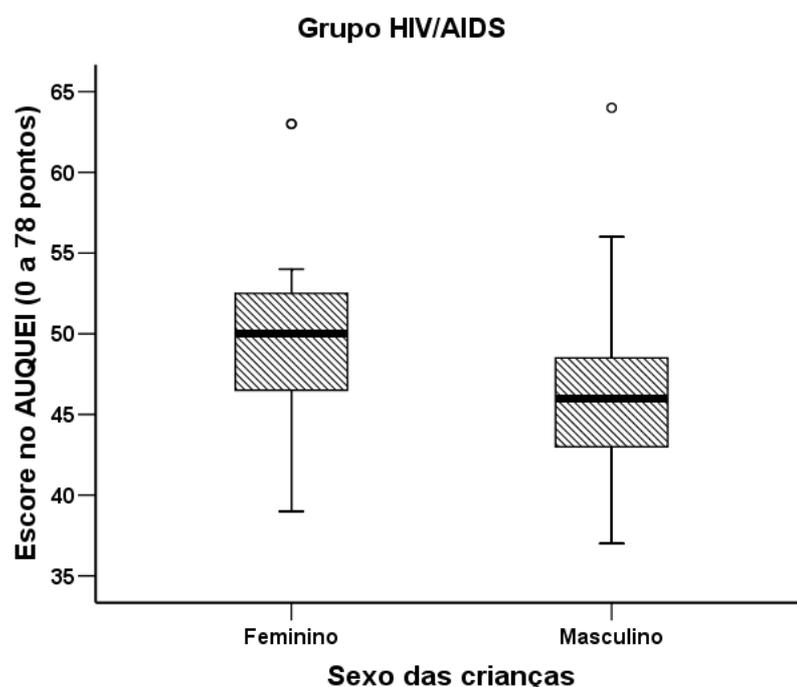
Tabela 3- Escore total no AUQEI, segundo sexo, no grupo de crianças HIV/AIDS

AUQEI	Escore observado em cada gênero de crianças portadoras de HIV/AIDS mediana±quartil 25% e 75% (mínimo e máximo)		Valor de p (entre grupos)	
	Feminino	Masculino	Mann-Whitney	
Total	50±46 e 53 (39 e 63)	46±43 e 49 (37 e 64)	0,05	
Domínio	Autonomia	8±7 e 9 (5 e 10)	7±6 e 8 (2 e 8)	0,02
	Lazer	7±6 e 8 (5 e 9)	6±6 e 7 (4 e 9)	0,30
	Funções	10±8 e 11 (7 e 12)	10±8 e 11 (7 e 13)	0,66
	Família	10±9 e 11 (7 e 14)	9±8 e 10 (7 e 15)	0,19

De forma geral, não houve diferença entre os sexos, em relação aos escores no AUQEI, tanto no total como nos domínios (teste de Mann-Whitney, valor de p variando entre 0,05 e 0,66). Porém, o valor obtido foi limítrofe. Não permite afirmar categoricamente que a qualidade de vida entre crianças com HIV/AIDS do sexo feminino é semelhante àsquelas do sexo masculino, podendo ser melhor entre àsquelas crianças do sexo feminino.

Houve exceção no domínio autonomia no qual o escore no AUQEI nas crianças do sexo feminino foi significativamente maior do que aquele observado nas crianças do sexo masculino (teste de Mann-Whitney, $p=0,02$).

Figura 3- Escore total no AUQEI, segundo sexo, no grupo de crianças HIV/AIDS



Os resultados referentes ao escore total, de acordo com o sexo das crianças, no grupo HIV/AIDS, estão ilustrados na Figura 3.

Para Kuczynski e Assumpção Júnior (2010), o desenvolvimento infantil culmina com a aquisição da autonomia na idade adulta. A moral heterônoma é egocêntrica e caracteriza-se pelo respeito unilateral às regras; com o desenvolvimento da cooperação social e do senso de justiça na idade escolar, surge a moral autônoma, de acordo com Assumpção Júnior e Kuczynski (2012), sendo que a autonomia é o último estágio do desenvolvimento da moralidade, considerada na avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde.

Fleury-Teixeira *et al.* (2008) afirmam que o desenvolvimento da autonomia, do domínio sobre os determinantes sociais da saúde e os mecanismos para tal, apenas podem ocorrer através da comunidade.

Para Abdo (2005), o desenvolvimento da autonomia é determinado pela sua congruência com padrões masculinos ou femininos que são hegemônicos, em determinada cultura. No estudo de crianças pantaneiras, foi observada a reprodução do modelo das culturas ocidentais mais tradicionais, baseado na família nuclear, com divisão entre os papéis de gênero masculino e feminino, no qual as meninas são responsáveis pelos cuidados com a casa e os meninos responsabilizados por tarefas no ambiente circundante, acompanhando os pais e os peões na lida no campo.

Nesse estudo com crianças infectadas pelo HIV/AIDS, foi observado, em relação ao domínio autonomia, que as crianças do sexo feminino adquiriram independência significativamente maior que as crianças do sexo masculino, que necessitam dos pais mais que das mães como modelo e fomentam a conduta apropriada ao gênero masculino.

Assumpção Júnior e Kuczynski (2012) afirmam que se ajustam expectativas tradicionais do papel de gênero, começando na infância por influências ambientais. Quando as crianças estão expostas a modelos não estereotipados, elas são menos tradicionais em suas crenças e condutas. As meninas, com mães que trabalham, apresentam maior participação em atividades tipicamente masculinas e têm aspirações educativas mais altas.

O grau de autonomia é considerado determinante social da saúde, e a força da evidência dos determinantes sociais da saúde sobre a saúde mental infantil mostram que as exposições sociais precoces e adversas, como, qualidade dos cuidados parentais e depressão materna podem resultar em doenças mentais na idade adulta, de acordo com Halfon, Larson e Russ (2010).

Os resultados referentes apenas ao escore total, de acordo com o sexo das crianças, no grupo HIV/AIDS, estão ilustrados na Figura 4. De forma geral, não houve diferença entre os sexos, em relação aos escores no CDI, tanto no total como nos fatores (reações afetivas, aspectos cognitivos, questões comportamentais e sintomas somáticos).

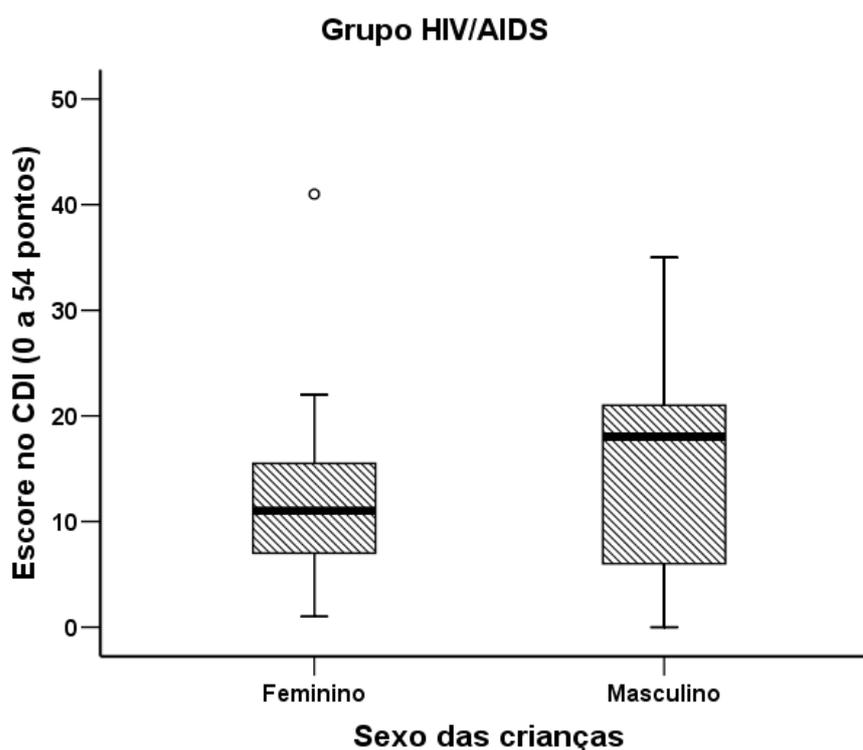
Os resultados referentes aos escores, no CDI, de acordo com o sexo das crianças, no grupo HIV/AIDS, estão apresentados na Tabela 4.

Tabela 4- Escore total no CDI, segundo sexo, no grupo de crianças HIV/AIDS

CDI	Escore observado em cada gênero de crianças portadoras de HIV/AIDS mediana±quartil 25% e 75% (mínimo e máximo)		Valor de p (entre grupos)	
	Feminino	Masculino	Mann-Whitney	
Total	11±7 e 17 (1 e 41)	18±6 e 22 (0 e 35)	0,22	
Fator	Reações afetivas	3±1 e 4 (0 e 14)	2±1 e 6 (0 e 10)	0,95
	Aspectos cognitivos	3±1 e 5 (0 e 9)	4±1 e 6 (0 e 11)	0,55
	Questões comportamentais	2±0 e 3 (0 e 6)	2±1 e 4 (0 e 5)	0,17
	Sintomas somáticos	0±0 e 1 (0 e 3)	1±0 e 2 (0 e 3)	0,17

De acordo com Souza (2007), tais achados são característicos da sindemia do HIV/AIDS em nosso meio revelando um contexto socioambiental complexo, multidimensional, que extrapola a visão unilinear da abordagem do HIV/AIDS.

Figura 4- Escore total no CDI, segundo sexo, no grupo de crianças HIV/AIDS



Para Moraes, Oliveira e Tostes (2011), quanto aos fenômenos heterossexualização e feminilização da epidemia de HIV/AIDS, entre mulheres adultas portadoras de HIV/AIDS, no Brasil, há taxa de cerca 25% de transtorno depressivo maior.

No estudo de Silveira (2012), a prevalência de transtorno depressivo maior entre pacientes adultos portadores de HIV/AIDS de ambos os sexos foi de 32% e sua presença estava associada à baixa renda, fenômeno conhecido como pauperização da epidemia de HIV/AIDS.

Na análise gráfica do escore total, no CDI, no grupo de crianças com HIV/AIDS, de acordo com a faixa etária, observa-se que se encontra no grupo entre nove e dez anos de idade a única criança, do sexo feminino, diagnosticada com depressão, por meio da CDI. Conforme exposto, a idade média das crianças com HIV/AIDS é de $10,05 \pm 1,68$ anos.

A cultura pode variar o conteúdo, de acordo com Scheurer (2012), mas não a estrutura dos estágios do desenvolvimento cognitivo de Piaget, universais em diferentes domínios. Crianças de diferentes idades podem construir diferentes significados sobre o mesmo evento, de acordo com suas experiências e vivências em diferentes contextos.

Os resultados referentes aos escores, no AUQEI, de acordo com a faixa etária dessas crianças, no grupo HIV/AIDS, estão apresentados na Tabela 5.

Tabela 5- Escore total no AUQEI, segundo faixa etária, no grupo de crianças HIV/AIDS

AUQEI		Escore observado em cada faixa etária de crianças portadoras de HIV/AIDS mediana±quartil 25% e 75% (mínimo e máximo)			Valor de p (entre grupos) Kruskal-Wallis com pós-teste de Dunn
		6 a 8 anos	9 e 10 anos	11 e 12 anos	
Total		45±43 e 54 (40 e 63)	50±45 e 53 (41 e 64)	48±41 e 50 (37 e 63)	0,41
Domínio	Autonomia	8±6 e 9 (5 e 10)	7±6 e 8 (2 e 10)	8±7 e 8 (4 e 10)	0,66
	Lazer	6±6 e 8 (5 e 9)	7±6 e 9 (5 e 9)	6±6 e 8 (4 e 9)	0,46
	Funções	11±7 e 11 (7 e 12)	10±9 e 10 (8 e 11)	10±8 e 10 (7 e 13)	0,47
	Família	9±8 e 11 (7 e 13)	10±9 e 11 (8 e 15)	9±8 e 10 (7 e 14)	0,40

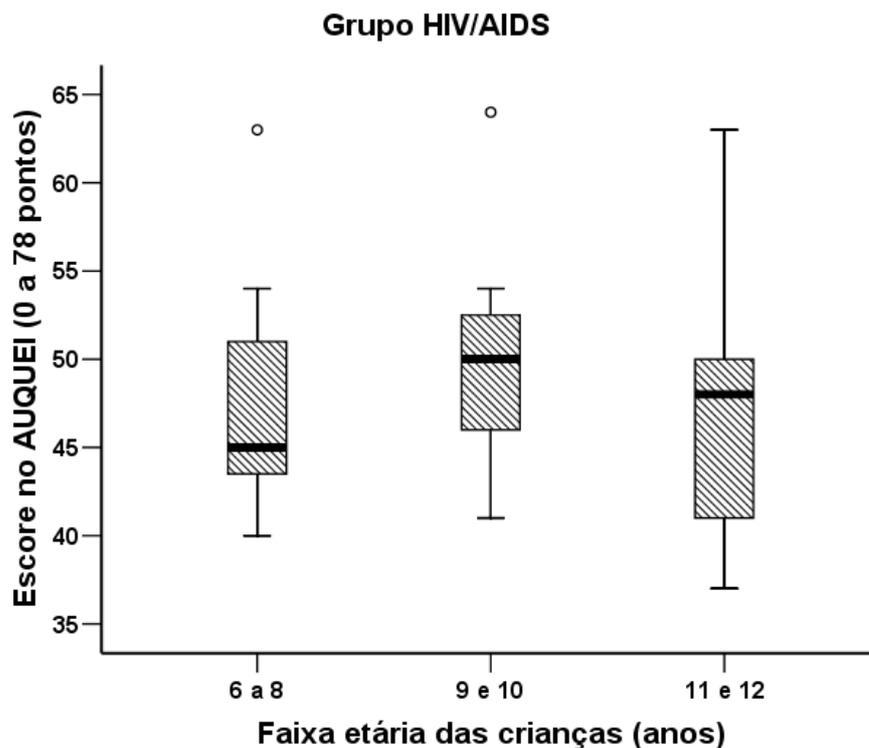
De acordo com Fu-I, Boarati e Maia (2012), a ocorrência de transtornos depressivos em crianças é ligeiramente maior entre aquelas do sexo feminino, não havendo diferença significativa com a idade na infância; com a puberdade e aumento da idade cronológica cresce a ocorrência de depressão no sexo feminino.

De forma geral, não houve diferença entre as faixas etárias das crianças pesquisadas, em relação aos escores, no AUQUEI, tanto no total como nos domínios autonomia, lazer, funções e família (teste de Kruskal-Wallis, valor de p variando entre 0,40 e 0,66).

Os resultados referentes apenas ao escore total, de acordo com a faixa etária das crianças, no grupo HIV/AIDS, estão ilustrados na Figura 5.

A percepção da criança é extremamente aguçada na observação do ambiente sociofamiliar em que vive e suas inter-relações, segundo o Ministério da Saúde (2008). Para Bernal (2010), os pais ou cuidadores percebem o HIV/AIDS como um impacto mais negativo para a qualidade de vida dos seus filhos com HIV/AIDS do que a própria percepção dessa criança infectada pelo vírus HIV. A pesquisa da autopercepção do paciente representa uma dimensão da vida do soropositivo.

Figura 5- Escore total no AUQUEI, segundo faixa etária, no grupo de crianças HIV/AIDS



A partir da (re)significação da condição de criança portadora do HIV, resultante do processo de aceitação pessoal, de acordo com o estudo de Miziara (2011), percebe-se a doença como coisa séria, que, a princípio, poderia restringir completamente seus hábitos diários no universo infantil. Com a compreensão de si mesmo, essa criança ou adolescente percebe a necessidade de continuar sentindo-se normal, à medida que valoriza a gravidade da doença e passa a ter consciência da natureza da infecção pelo HIV/AIDS como uma condição que será levada para a vida inteira.

Para Das *et al.* (2010), muitas crianças infectadas pelo HIV, em particular os adolescentes, mostraram qualidade de vida relativamente preservadas com diferença estatisticamente não-significativa em relação à população geral de crianças e adolescentes.

Os resultados referentes aos escores, no CDI, no total e de acordo com a faixa etária das crianças pesquisadas, no grupo HIV/AIDS, estão apresentados na Tabela 6.

Tabela 6- Escore total no CDI, segundo faixa etária, no grupo de crianças HIV/AIDS

CDI	Escore observado em cada faixa etária de crianças portadoras de HIV/AIDS mediana±quartil 25% e 75% (mínimo e máximo)			Valor de p (entre grupos) Kruskal-Wallis com pós-teste de Dunn	
	6 a 8 anos	9 e 10 anos	11 e 12 anos		
Total	12±5 e 18 (4 e 22)	11±6 e 19 (0 e 41)	13±7 e 19 (1 e 35)	0,88	
Fator	Reações afetivas	2±2 e 3 (0 e 3)	2±1 e 6 (0 e 14)	3±1 e 5 (0 e 10)	0,88
	Aspectos cognitivos	3±1 e 4 (0 e 5)	3±1 e 6 (0 e 9)	4±1 e 5 (0 e 11)	0,75
	Questões comportamentais	2±1 e 4 (0 e 4)	1±0 e 3 (0 e 6)	2±1 e 3 (0 e 5)	0,36
	Sintomas somáticos	0±0 e 2 (0 e 2)	0±0 e 2 (0 e 3)	0±0 e 1 (0 e 3)	0,93

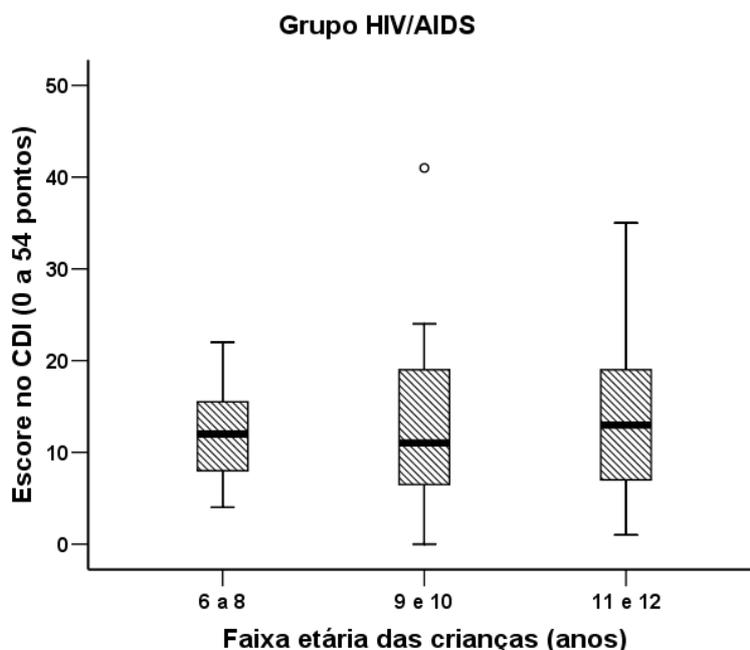
De acordo com Moraes, Oliveira e Tostes (2011), a abordagem clínica apropriada da depressão é essencial para a melhora da qualidade de vida das crianças infectadas pelo HIV/AIDS e estratégica para garantir boa adesão aos esquemas antirretrovirais e sucesso terapêutico da infecção.

Segundo Sadock e Sadock (2008), a depressão está associada a pensamentos disfuncionais resultantes da presença de crenças negativas sobre a doença, desmotivação para cuidar da própria saúde e perda da confiança nas habilidades para lidar com o tratamento.

Não houve diferença entre os sexos, em relação aos escores, no CDI, tanto no total quanto nos fatores (reações afetivas, aspectos cognitivos, questões comportamentais e sintomas somáticos). Os resultados referentes apenas ao escore total, de acordo com a faixa etária das crianças, no grupo HIV/AIDS, estão ilustrados na Figura 6.

Crianças que conhecem sua condição sorológica, segundo o estudo de Miziara (2011), são mais confiantes nas pessoas ao seu redor, sentem-se menos solitárias, são participativas com o tratamento e intervenções aos quais são submetidas. Marques (2012) afirma que crianças menores, em razão de sua capacidade cognitiva em desenvolvimento, podem não ser necessariamente informadas do diagnóstico, mas devem ser informadas sobre todos os procedimentos e suas repercussões.

Figura 6- Escore total no CDI, segundo faixa etária, no grupo de crianças HIV/AIDS



Para Bernal (2010), as crianças, a partir da idade escolar, em razão do estágio alcançado em seu processo de desenvolvimento cognitivo, são competentes

para falar sobre suas experiências e não compartilham das mesmas percepções dos adultos a respeito de causa e tratamento de doenças, que representam uma dimensão da vida, que pode ou não afetar a qualidade de vida de crianças de adolescentes que crescem e se desenvolvem convivendo com doenças pediátricas crônicas.

Quanto aos resultados gerais da pesquisa, não houve correlação linear significativa entre o escore AUQEI e CDI, quando analisado apenas o grupo de crianças HIV/AIDS (teste de correlação linear de Spearman, $p=0,13$; $r=-0,25$). Houve correlação linear significativa negativa, porém fraca, entre o escore AUQEI e CDI, para os grupos Febre Reumática e Sadio (teste de correlação linear de Spearman, Febre Reumática: $p=0,03$; $r=-0,34$ – Sadio: $p=0,02$; $r=-0,36$).

Também houve correlação linear significativa negativa, porém fraca, entre o escore AUQEI e CDI, para os grupos de crianças no geral (teste de correlação linear de Spearman, $p<0,001$; $r=-0,30$). Esses resultados estão apresentados na Tabela 7 e nas Figuras 7, 8, 9 e 10, respectivamente.

Tabela 7- Correlação entre os escores no AUQEI e no CDI, em cada grupo de crianças e no geral

Grupo experimental	Correlação linear entre o escore AUQEI e CDI	
	Teste de correlação linear de Spearman	
	Valor de p	Coefficiente de correlação linear (r)
HIV/AIDS	0,13	-0,25
Febre Reumática	0,03	-0,34
Sadio	0,02	-0,36
Geral	<0,001	-0,30

O conceito de normalidade mental para crianças com HIV/AIDS, de acordo com os resultados de Miziara (2011), pode ser descrito pelos seguintes atributos: a) vida saudável, b) vida sem depressão, c) viver com qualidade de vida, d) viver com uma doença pediátrica crônica, e) manutenção dos hábitos diários, f) percepção e consciência da gravidade e da irreversibilidade da condição de soropositividade, g) percepção da necessidade de sentir-se normal e h) percepção da necessidade de adesão ao tratamento.

Figura 7- Correlação linear entre o escore total no AUQEI e o escore total no CDI, no grupo de crianças HIV/AIDS (IC = 95%)

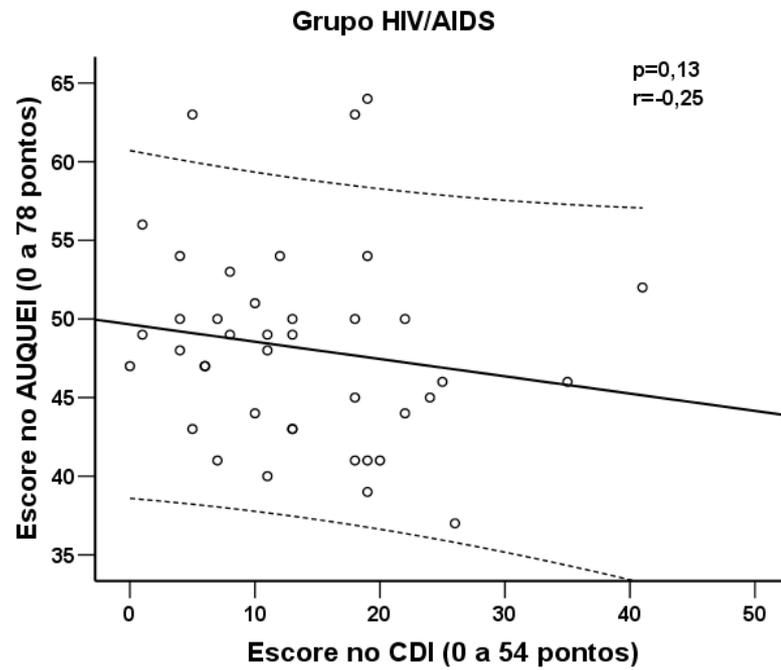
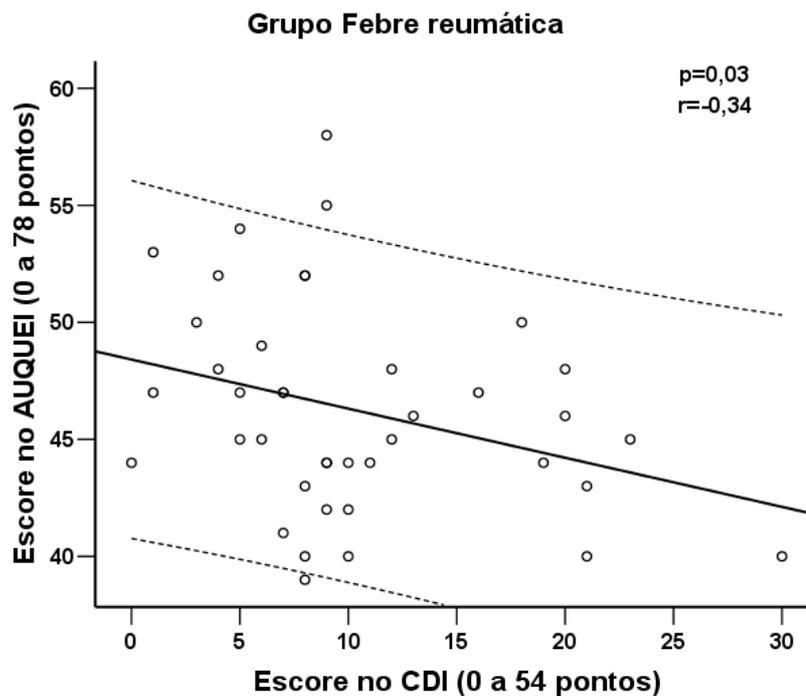


Figura 8- Correlação linear entre o escore total no AUQEI e o escore total no CDI, no grupo de crianças Febre Reumática (IC = 95%)



Para Assumpção Júnior (2010), quanto maior o estado de normalidade de uma sociedade, mais ampla é a percepção da criança e do adolescente de sua posição na vida, posto que dependem do adulto para garantia de obtenção e manutenção de seu bem-estar biopsicossocial por sua falta de autonomia, que caracteriza seu estágio de desenvolvimento cognitivo.

Dessa forma, pode-se conceituar o fenômeno da normalidade, em crianças, como um sinônimo de qualidade de vida. Na prática clínica pedopsiquiátrica, de acordo com Assumpção Júnior e Kuczynski (2012), a depressão-síndrome é típica das patologias sociopsicogênicas.

Devem-se fazer algumas considerações quanto ao diagnóstico psiquiátrico na infância e na adolescência, segundo Mercadante (1999), pois esse processo de raciocínio lógico do médico é um constructo cognitivo que depende muito da capacidade de observação clínica dos fenômenos psicopatológicos pelo investigador sob a perspectiva do desenvolvimento normal e patológico e dos limites entre os comportamentos normal, anormal, patológico e não-patológico no curso do desenvolvimento infantojuvenil.

O diagnóstico do comportamento normal pode ser fundamentado no critério do exercício da liberdade, de acordo com Miranda-Sá (2010). O patológico no campo psíquico consiste na perda da liberdade, que é o mais profundo e o melhor critério distinguidor entre o normal e o patológico, que resulta anulado pela confluência do amplo complexo de causas e interações que pertencem à categoria do psicopatológico.

Para Miranda-Sá (2010), a psicopatologia tem identidade fática, garantida pela originalidade de seu objeto e pela herança das ciências biológicas e humanas, que deve refletir-se em sua metodologia e na organização de seus conhecimentos. Ou seja, se o seu objeto está privado da liberdade, não há autonomia para exercê-la.

Os diagnósticos psiquiátricos advindos da pesquisa quantitativa por meio do instrumento CDI foram verificados por meio da avaliação clínica dos participantes desse estudo, de acordo com a metodologia adotada, em que foram utilizados os critérios diagnósticos do DSM-IV-TR (1994) para transtorno depressivo com o objetivo de confirmação ou exclusão de casos de depressão.

Figura 9- Correlação linear entre o escore total no AUQEI e o escore total no CDI, no grupo de crianças sadio (IC = 95%)

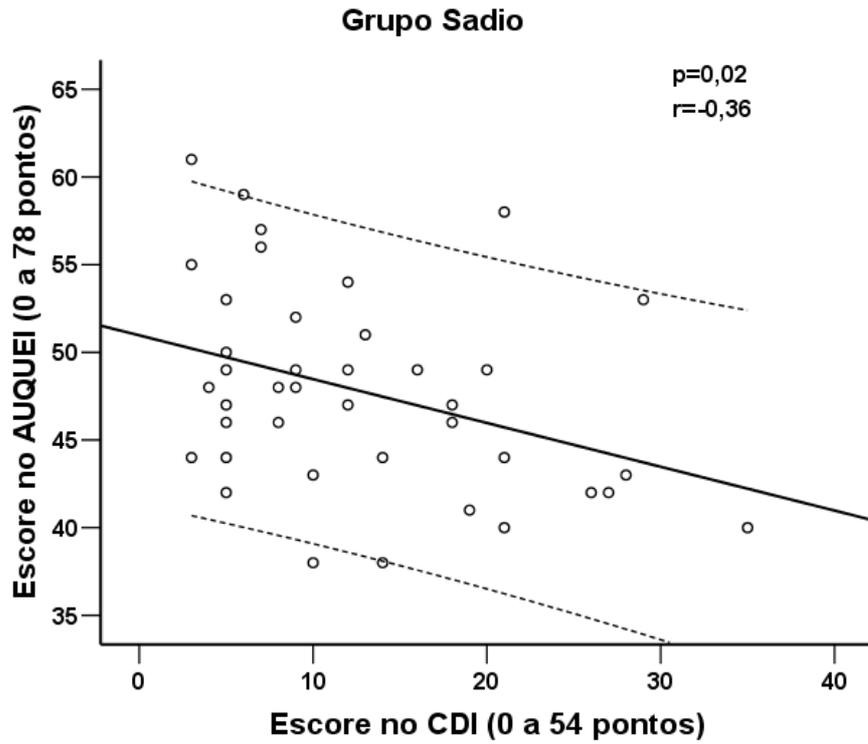
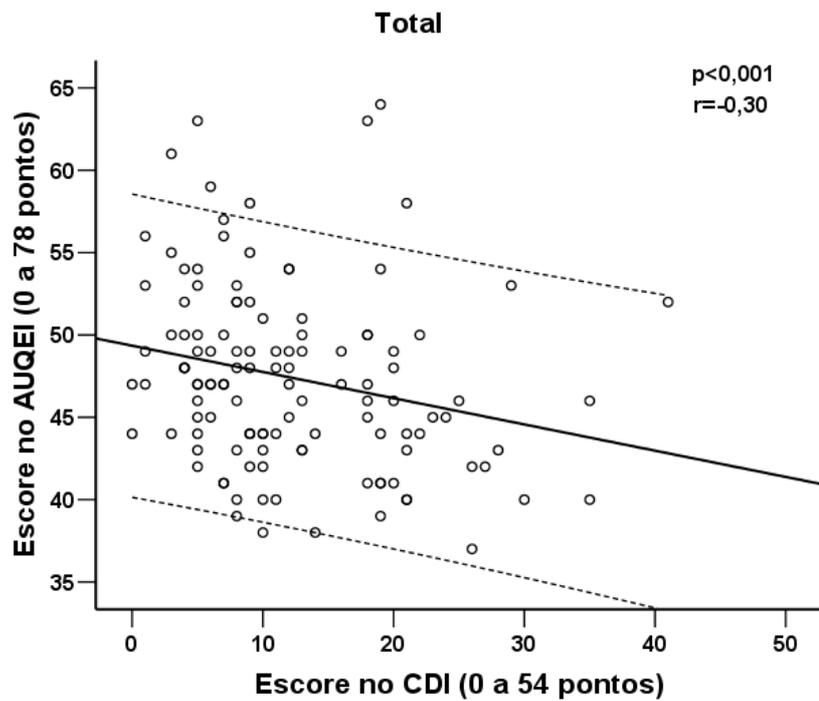


Figura 10- Correlação linear entre o escore total no AUQEI e o escore total no CDI, englobando todos os grupos de crianças avaliados (IC = 95%)



Foram diagnosticados dois casos de depressão infantil entre os pacientes com doenças pediátricas crônicas, do sexo feminino, entre nove e dez anos de idade, que confirmaram os achados do CDI, utilizado como *screening* para depressão na população pediátrica.

Nessa etapa do ciclo da vida, de acordo com Assumpção Júnior e Kuczynski (2012), do ponto de vista do desenvolvimento cognitivo, as crianças encontram-se no estágio de operações concretas, que atinge seu ápice aos nove anos e cinco meses, em média, com a compreensão da morte como definitiva, irreversível e permanente em suas vidas, porém sem atingir o nível de compreensão de explicações lógico-categoriais sobre causalidade, posto que não há generalização do pensamento e ainda não compreendem a morte como parte da vida corporal, mesmo que tenham adquirido consciência da própria morte diante da situação-limite.

Assim, dessa análise, verificam-se os seguintes resultados:

- 1) correlação linear significativa negativa, porém fraca, entre o escore AUQEI e CDI, para os grupos de crianças no geral (teste de correlação linear de Spearman, $p < 0,001$; $r = -0,30$).
- 2) escores do domínio autonomia do AUQEI do grupo HIV/AIDS, nas crianças do sexo feminino, foi significativamente maior que aquele observado nas crianças do sexo masculino (teste de Mann-Whitney, $p = 0,02$).

Esses resultados sugerem que o conceito de normalidade mental, de acordo com a autopercepção de crianças com HIV/AIDS, corresponde ao conceito de qualidade de vida do grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL GROUP, 1995), “percepção do indivíduo de sua posição na vida”.

Verificou-se baixa incidência de depressão e altos escores de qualidade de vida, esse resultado é corroborado pelo estudo de Das *et al.* (2010). Para eles, um bom estado de saúde das crianças infectadas pelo HIV/AIDS promove a autopercepção de qualidade de vida e de saúde integral.

Evidenciou-se que, no grupo com HIV/AIDS, a autonomia das crianças do sexo feminino é maior que a autonomia do sexo masculino; assim, pode-se sugerir que a falta de autonomia para o exercício da liberdade, que resulta alterada pela confluência sinérgica do amplo espectro de causas, determina os critérios do diagnóstico do comportamento normal em crianças com HIV/AIDS.

Considera-se, de acordo com Polejack e Seidl (2010), que o desenvolvimento de instrumentos para monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento

antirretroviral para HIV/AIDS poderia favorecer a implementação de estratégias para promoção da adesão ao tratamento com base nas realidades locais. No contexto clínico, o monitoramento da adesão é fundamental para identificar aqueles pacientes em risco de não-adesão, a fim de planejar intervenções de apoio ao tratamento de acordo com cada caso.

6 CONCLUSÃO

As crianças pesquisadas com HIV/AIDS têm qualidade de vida preservada e baixa incidência de depressão, sem diferença relativa aos grupos de crianças com febre reumática e sadias.

Compreende-se o processo do HIV/AIDS infantil como paradigma de patologia crônica pediátrica associada à normalidade mental e à qualidade de vida.

Evidenciou-se a influência da autonomia como determinante social da saúde sobre a qualidade de vida de crianças com HIV/AIDS.

É fato que o seguimento desses casos poderia vir a esclarecer possíveis evoluções associadas. Para que se compreenda melhor essas relações, novas pesquisas deveriam ser desenvolvidas.

REFERÊNCIAS

ABADIA-BARRERO, C. E. Children living with HIV and Support Homes in Sao Paulo: culture, experiences and housing context. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, n. 11, p. 55-70, 2002.

ABDO, R. F. **Mapas mentais e percepção ambiental de crianças pantaneiras da região de Aquidauana, Mato Grosso do Sul**. 2005. 83 f. -Dissertação (Mestrado em Meio Ambiente e Desenvolvimento Regional) - Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal, Campo Grande, MS, 2005.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, 4. ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B. Evolução histórica do conceito de qualidade de vida. In: ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B.; KUCZYNSKI, E. (Org.). **Qualidade de vida na infância e na adolescência: orientações para pediatras e profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 21-42.

ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B.; KUCZYNSKI, E. (Org.). **Tratado de psiquiatria da infância e da adolescência**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2012.

ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B.; KUCZYNSKI, E.; SPROVIERI, M. H.; ARANHA, E. M. G. Escala de avaliação da qualidade de vida: validade e confiabilidade de uma escala para qualidade de vida em crianças de 4 a 14 anos. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 58, n. 1, p. 119-127, 2000.

ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B.; KUCZYNSKI, E. (Org.). **Qualidade de vida na infância e na adolescência: orientações para pediatras e profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BARBOSA, G. A.; GAIÃO, A. Depressão Infantil: um estudo de prevalência com o CDI. **Infante**, v. 4, n. 3, p. 36-40, 1996.

BENERJEE, T.; PENSI, T.; BENERJEE, D. Impacts of HIV infection, HAART use and type of care received on quality of life of infected and affected children. In: **XVII Internacional AIDS Conference**, 15., 2008, Mexico. Abstract n. MOPE0220.

BERNAL, M. P. Qualidade de vida: sua percepção pela criança, pela família e pelos profissionais. In: ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B.; KUCZYNSKI, E. (Org.). **Qualidade de vida na infância e na adolescência: orientações para pediatras e profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 71-88.

BORGES, D. C. L.; UGÁ, M. A. D. Ações individuais para o fornecimento de medicamentos no âmbito do SUS: características dos conflitos e limites para a atuação judicial. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 13-38, Mar./Jul. 2009.

BOTEGA, N. J. (Org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral**: interconsulta e emergência. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BRAGHETO, A. C. M. **Crianças portadoras do HIV/Aids**: desenvolvimento emocional e competência social. 2008. 83 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

CROSSETTI, M. G. O.; PAULA, C. P. Existencialidade da criança com Aids: perspectivas para o cuidado de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.12, n.1, p. 30-38, Mar. 2008.

CRISTOFANI, L. M.; KUCZYNSKI, E.; Odone Filho, V. Qualidade de vida nas leucemias da infância. In: ASSUMPTÃO JUNIOR, F. B.; KUCZYNSKI, E. (Org.). **Qualidade de vida na infância e na adolescência**: orientações para pediatras e profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 137-160.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DAS, S.; MUKHERJEE, A.; LODHA, R.; VATSA, M. Quality of life and psychosocial functioning of HIV infected children. **Indian Journal of Pediatrics**, v. 77, n. 6, p. 633-637, June, 2010.

DANTZER, R.; O'CONNORS, J. C.; FREUND, G. G.; JOHNSON, R. W.; KELLEY, K. W. From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain. In: **Nature Reviews Neuroscience**. v. 9, n. 1, p. 46-57, Jan. 2008.

FANG, X.; LI, X.; STANTON, B.; LIN, D. Parental HIV/Aids and psychosocial adjustment among rural chinese children. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 34, n. 10. p. 1053-1062, Nov./Dec. 2009.

FLEURY-TEIXEIRA, P.; VAZ, F. A. C.; CAMPOS, F. C. C.; ÁLVARES, J.; AGUIAR, R. A. T.; OLIVEIRA, V. A. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 2115-22, 2008.

FU-I, L.; BOARATI, M.; MAIA, A. P. **Transtornos afetivos na infância e adolescência**: diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artmed, 2012.

GARRETT, S. P. A. G. A. **Adesão ao tratamento de diabetes em adolescentes**: factores motivacionais. 2011. 69 f. – Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade do Porto, Porto, 2011.

GLOBEKNER, O. A. A bioética e o problema do acesso à atenção em saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 123-145, Mar./Jun. 2010.

GOUVEIA, V. V.; BARBOSA, G. A.; ALMEIDA, J. H.; GAIÃO, A. Inventário de depressão infantil – CDI: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 44, n. 7, p. 345-349, 1995.

HALFON, N.; LARSON, K.; RUSS, S. Why social determinants? **Healthcare Quarterly**, v. 14, n. esp., p. 8-20, 2010.

JURUENA, M. F., CLEARE, A. J. Superposição entre depressão atípica, doença afetiva sazonal e síndrome da fadiga crônica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 29, n. 1, p. 19-26, 2007.

KUCZYNSKI, E. Qualidade de vida na infância e na adolescência. In: ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B.; KUCZYNSKI, E. (Org.). **Qualidade de vida na infância e na adolescência: orientações para pediatras e profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 43-56.

KUCZYNSKI, E.; ASSUMPÇÃO JUNIOR, F.B. Psiquiatria de ligação e qualidade de vida em pediatria. In: ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B.; KUCZYNSKI, E. (Org.). **Qualidade de vida na infância e na adolescência: orientações para pediatras e profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 361-386.

KUCZYNSKI, E.; SOUZA, M. S. T.; VALENTE, K. D. R. Qualidade de vida nas epilepsias da infância. In: ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B.; KUCZYNSKI, E. (Org.). **Qualidade de vida na infância e na adolescência: orientações para pediatras e profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 189-206.

LEN, C. A.; SILVA, C. A. A. Qualidade de vida em artrite idiopática juvenil. In: ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B.; KUCZYNSKI, E. (Org.). **Qualidade de vida na infância e na adolescência: orientações para pediatras e profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 161-176.

LENT, R. **Cem bilhões de neurônios?** Conceitos fundamentais de neurociência. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

MARQUES, H. H. S. SIDA. In: Francisco B. Assumpção Júnior e Evelyn Kuczynski (Org.). **Tratado de Psiquiatria da infância e da adolescência**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2012.

MERCADANTE, M. T. **Transtorno obsessivo-compulsivo, tiques, síndrome de Tourette e outros transtornos psiquiátricos em pacientes com febre reumática, com ou sem coréia de Sydenham**. São Paulo, 1999. 102 f. Tese (Doutorado em Psiquiatria) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1999.

MILLANA-CUEVAS, L. C.; PORTELLANO, J. A., MARTINEZ-ARIAS, R. Neuropsychological impairment in human immunodeficiency virus-positive children. **Revista de Neurologia**, v. 44, n. 6, p. 366-74, Mar. 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

MIRANDA-SÁ JR., L. S. **O diagnóstico psiquiátrico ontem e hoje. E amanhã?** Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Psiquiatria, 2010.

- MIRANDA-SÁ JR., L. S.; MONNÉ, A. A. Transtornos mentais orgânicos. In: TABORDA, J. G. V.; CHALUB, M.; ABDALLA-FILHO, E. (Org.). **Psiquiatria Forense**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 257-280.
- MIZIARA, L. A. F. **Significado da soropositividade para crianças e adolescentes com HIV/AIDS**. 2011. 72 f. Dissertação (Mestrado em Doenças Infecciosas e Parasitárias) – Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2011.
- MORAES, M. J.; OLIVEIRA, A. C. P.; TOSTES, M. A. AIDS e psiquiatria. In: Neury José Botega (Org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 373-394.
- PINHO, P. A. **O terror e a dádiva**. Goiânia: Vieira, Cânone Editorial, 2004.
- PINHO, P. A.; PEREIRA, P. P. G. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 435-47, Jun. 2012.
- POLEJACK, L.; SEIDL, E. M. F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/AIDS: desafios e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 1201-1208, 2010.
- PLOWFIELD, L. A. HIV disease in children 25 years later. **Pediatric Nursing Journal**, v. 33, n. 3, p. 274-8, May/Jun. 2007.
- RICAS, J.; PINTO, J. A.; BORGES, J. M. C. Mães e crianças vivendo com HIV/Aids: medo, angústia e silêncio levando a infância à invisibilidade. **Estudos de Psicanálise**, n. 32, p. 71-80, nov. 2009.
- SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- SCHEUER, C. I. Desenvolvimento cognitivo da criança. In: ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B.; KUCZYNSKI, E. (Org.). **Tratado de Psiquiatria da Infância e da Adolescência**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2012. p. 113-120.
- SHOTT, S. **Statistics for health professionals**. London: W.B. Saunders Company, 1990.
- SILVEIRA, M. C. S. **Falando com meu filho: o processo de revelação do diagnóstico HIV/Aids**. 2008. 149 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2008.
- SILVEIRA, M. P. T.; GUTTIER, M. C.; PINHEIRO, C. A. T.; PEREIRA, T. V. S.; CRUZEIRO, A. L. S.; MOREIRA, L. B. Sintomas depressivos em pacientes infectados pelo HIV tratados por terapia antiretroviral altamente ativa. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 34, n. 2, p. 162-167, Jun. 2012.
- SOUZA, J. A. **Fatores da Personalidade que interferem na não adesão ao tratamento da AIDS**. 2007. 90 p. Tese (Doutorado Multiinstitucional em Ciências da Saúde da Rede Centro-Oeste) - Convênio Universidade de Brasília, Universidade

Federal de Goiás e Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2007.

VALDÉS, M. T. M.; BEZERRA, M. H. O.; MELO, E. L. A. Qualidade de vida e TDAH. In: ASSUMPÇÃO JUNIOR, F. B.; KUCZYNSKI, E. (Org.). **Qualidade de vida na infância e na adolescência**: orientações para pediatras e profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 315-335.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

ANEXOS

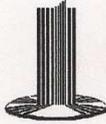
ANEXO A: Carta de Aprovação

ANEXO B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ANEXO C: Inventário de Depressão Infantil (CDI)

ANEXO D: Questionário de avaliação de qualidade de vida em crianças e adolescentes (AUQEI)

ANEXO A



Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Comitê de Ética em Pesquisa /CEP/UFMS



Carta de Aprovação

A minha assinatura neste documento, atesta que o protocolo nº 1040 do Pesquisador Rodrigo Ferreira Abdo intitulado "Avaliação de transtornos depressivos e qualidade de vida em crianças portadoras de HIV/AIDS no Mato Grosso do Sul", e o seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram revisados por este comitê e aprovados em reunião ordinária no dia 29 de novembro de 2007, encontrando-se de acordo com as resoluções normativas do Ministério da Saúde.

Prof. Odair Pimentel Martins

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS

Campo Grande, 29 de novembro de 2007.

Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
<http://www.propp.ufms.br/bioetica/cep/>
bioetica@propp.ufms.br
fone 0XX67 345-7187

ANEXO B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Acredito ter sido suficiente informado à respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo AVALIAÇÃO DE TRANSTORNOS DEPRESSIVOS E QUALIDADE DE VIDA EM CRIANÇAS PORTADORAS DE HIV/AIDS NO MATO GROSSO DO SUL.

Eu discuti com o médico Rodrigo Abdo sobre a minha decisão em permitir a participação de meu(minha) filho(a) nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que a participação do(a) meu(minha) filho(a) é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Concordo voluntariamente em permitir a participação do(a) meu(minha) filho(a) deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Data ____ / ____ / ____
Assinatura do pai (mãe) ou responsável
Nome:
Endereço:
RG:
Fone: ()

Data ____ / ____ / ____
Assinatura do pesquisador

Nome da criança:

ANEXO C

Itens do Inventário de Depressão Infantil (CDI)

Itens

- | | |
|---|---|
| Eu fico triste de vez em quando | Eu me sinto preocupado de vez em quando |
| 1 Eu fico triste muitas vezes | 11 Eu me sinto preocupado frequentemente |
| Eu estou sempre triste | Eu me sinto sempre preocupado |
| Para mim, tudo se resolverá bem | Eu gosto de estar com pessoas |
| 2 Eu não tenho certeza se as coisas darão certo para mim | 12 Frequentemente, eu não gosto de estar com pessoas |
| Nada vai dar certo para mim | Eu não gosto de estar com pessoas |
| Eu faço bem a maioria das coisas | Eu tenho boa aparência |
| 3 Eu faço errado a maioria das coisas | 13 Minha aparência tem alguns aspectos negativos |
| Eu faço tudo errado | Eu sou feio |
| Eu me divirto com muitas coisas | Eu durmo bem à noite |
| 4 Eu me divirto com algumas coisas | 14 Eu tenho dificuldades para dormir algumas noites |
| Nada é divertido para mim | Eu tenho sempre dificuldades para dormir à noite |
| Eu sou mau (má) de vez em quando | Eu me canso de vez em quando |
| 5 Eu sou mau (má) com frequência | 15 Eu me canso frequentemente |
| Eu sou sempre mau (má) | Eu estou sempre cansado |
| De vez em quando, eu penso que coisas ruins vão me acontecer | Eu não me sinto sozinho |
| 6 Eu temo que coisas ruins aconteçam | 16 Eu me sinto sozinho muitas vezes |
| Eu tenho certeza de que coisas terríveis me acontecerão | Eu sempre me sinto sozinho |
| Eu gosto de mim mesmo | Eu me divirto na escola frequentemente |
| 7 Eu não gosto de mim | 17 Eu me divirto na escola de vez em quando |
| Eu me odeio | Eu nunca me divirto na escola |
| Normalmente, eu não me sinto culpado pelas coisas ruins que acontecem | Sou tão bom quanto outras crianças |
| 8 Muitas coisas ruins que acontecem são minha culpa | 18 Se eu quiser, posso ser tão bom quanto outras crianças |
| Tudo de mau que acontece é por minha culpa | Não posso ser tão bom quanto outras crianças |
| Eu não penso em me matar | Eu tenho certeza de que sou amado por alguém |
| 9 Eu penso em me matar, mas não faria | 19 Eu não tenho certeza se alguém me ama |
| Eu quero me matar | Ninguém gosta de mim realmente |
| Eu sinto vontade de chorar de vez em quando | Eu sempre faço o que me mandam |
| 10 Eu sinto vontade de chorar frequentemente | 20 Eu não faço o que me mandam com frequência |
| Eu sinto vontade de chorar diariamente | Eu nunca faço o que me mandam |

ANEXO D

Arq Neuropsiquiatr 2000;58(1)

Anexo I. AUQEI - Questionário de avaliação de qualidade de vida em crianças e adolescentes. Manifesta e Dazord.

Algumas vezes você está muito infeliz? Diga por quê:	Algumas vezes você está infeliz? Diga por quê:	Algumas vezes você está feliz? Diga por quê:	Algumas vezes você está muito feliz? Diga por quê:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Diga como você se sente:	Muito infeliz	Infeliz	Feliz	Muito feliz
1. à mesa, junto com sua família.	()	()	()	()
2. à noite, quando você se deita.	()	()	()	()
3. se você tem irmãos, quando brinca com eles	()	()	()	()
4. à noite, ao dormir.	()	()	()	()
5. na sala de aula.	()	()	()	()
6. quando você vê uma fotografia sua.	()	()	()	()
7. em momentos de brincadeiras, durante o recreio escolar.	()	()	()	()
8. quando você vai a uma consulta médica.	()	()	()	()
9. quando você pratica um esporte.	()	()	()	()
10. quando você pensa em seu pai.	()	()	()	()
11. no dia do seu aniversário.	()	()	()	()
12. quando você faz as lições de casa.	()	()	()	()
13. quando você pensa em sua mãe.	()	()	()	()
14. quando você fica internado no hospital.	()	()	()	()
15. quando você brinca sozinho (a).	()	()	()	()
16. quando seu pai ou sua mãe falam de você.	()	()	()	()
17. quando você dorme fora de casa.	()	()	()	()
18. quando alguém te pede que mostre alguma coisa que você sabe fazer.	()	()	()	()
19. quando os amigos falam de você.	()	()	()	()
20. quando você toma os remédios.	()	()	()	()
21. durante as férias.	()	()	()	()
22. quando você pensa em quando tiver crescido.	()	()	()	()
23. quando você está longe de sua família.	()	()	()	()
24. quando você recebe as notas da escola.	()	()	()	()
25. quando você está com os seus avós.	()	()	()	()
26. quando você assiste televisão.	()	()	()	()