

**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO
FIGUEIRA**

**FREQUÊNCIA DE DEPRESSÃO EM MULHERES COM
DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV DURANTE A
GESTAÇÃO E PARTO**

**FREQUENCY OF DEPRESSION IN WOMEN DIAGNOSED WITH HIV
INFECTION DURING PREGNANCY AND DELIVERY**

Plano de Trabalho Individual do Bolsista
apresentado ao Programa Institucional de
Bolsas de Iniciação Científica
(PIBIC/IMIP) para o período de
agosto/2014 a julho/2015

**EDVALDO DA SILVA SOUZA
LEOPOLDO NELSON FERNANDES BARBOSA
JOSÉ NAPOLEÃO DE GODOY ARAÚJO
LETICIA MAGGIONI
PAULO CORREIA BARBOSA FILHO
GABRIELA MENEZES FINCO
CAROLINA DIAS DA SILVA AMORIM**

Recife, 2016

**FREQUÊNCIA DE DEPRESSÃO EM MULHERES COM DIAGNÓSTICO DA
INFECÇÃO PELO HIV DURANTE A GESTAÇÃO E PARTO**

**FREQUENCY OF DEPRESSION IN WOMEN DIAGNOSED WITH HIV
INFECTION DURING PREGNANCY AND DELIVERY**

^I Souza, Edvaldo da Silva

^{II} Barbosa, Leopoldo Nelson Fernades

^{III} Araújo, José Napoleão de Godoy

^{IV} Maggioni, Leticia

^V Barbosa Filho, Paulo Correia

^{VI} Finco, Gabriela Menezes

^{VII} Amorim, Carolina Dias da Silva

^I Orientador; Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Doutor.

Rua dos Coelhos, 300

Boa Vista, Recife-PE

CEP: 50070-550

^{II} Co-orientador; Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Doutor.

Rua dos Coelhos, 300

Boa Vista, Recife-PE

CEP: 50070-550

^{III} Autor; Faculdade Pernambucana de Saúde. Curso de Medicina.

Rua Manoel Caetano, 135, apto. 08

Derby, Recife-PE

CEP: 52010-220

^{IV} Co-autor; Faculdade Pernambucana de Saúde. Curso de Medicina.

Rua Francisco da Cunha, 1910

Boa Viagem, Recife-PE

CEP: 51020-041

^V Co-autor; Faculdade de Ciências Médicas – UPE. Curso de Medicina.

Rua João Resendo, 220

Cordeiro, Recife-PE

CEP: 50731-090

^{VI} Co-autor; Faculdade Pernambucana de Saúde. Curso de Psicologia.

Av. Professor João Medeiros, 533, apto. 303 B

Boa Viagem, Recife-PE

CEP: 51020-370

^{VII} Co-autor; Faculdade Pernambucana de Saúde. Curso de Medicina.

Av. Dezanete de Agosto, 2483

Monteiro, Recife-PE

CEP: 52061-540

FREQUÊNCIA DE DEPRESSÃO EM MULHERES COM DIAGNÓSTICO DA INFEÇÃO PELO HIV DURANTE A GESTAÇÃO E PARTO

RESUMO

OBJETIVO: Determinar a frequência de depressão em mulheres que receberam o diagnóstico do HIV durante a gestação ou durante o parto em um serviço de referência no acompanhamento de imunodeficiências no estado de Pernambuco. **MÉTODO:** Foi realizado um estudo de corte transversal no Serviço de Atendimento Especializado – Hospital Dia do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) com mulheres infectadas pelo HIV cujo diagnóstico foi realizado durante a gestação ou o parto, acompanhadas no SAE-HD do IMIP. **RESULTADOS:** Das 51 pacientes abordadas, 32 (62%) encaixaram-se nos critérios de inclusão para a pesquisa, 13 (25%) já sabiam do diagnóstico antes da gestação atual e 6 (13%) recusaram-se a participar da pesquisa. Das pacientes que se encaixaram na pesquisa, 14 apresentaram risco elevado de depressão, sem associação significativa com fatores sócio-demográficos. **CONCLUSÃO:** Sintomas depressivos perinatais são muito comuns em mulheres com diagnóstico de HIV, em especial em mulheres com diagnóstico em gestação recente, fazendo-se necessária atenção psicológica estrita. Novos estudos, no entanto, são necessários para melhor elucidar a associação entre a depressão pós-parto, HIV/AIDS e fatores socioeconômicos e biológicos no prognóstico das pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: HIV, Gestante, Período Pós-parto, Depressão Pós-parto, Saúde Materno-Infantil.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the frequency of depression in women who received the diagnosis of HIV during pregnancy or childbirth in a referral service on immunodeficiencies monitoring in the state of Pernambuco. **METHOD:** A cross-sectional study was conducted in the Specialized Care Service – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP)'s Hospital Dia in HIV-infected women whose diagnosis was made during pregnancy or delivery, accompanied by the SAE-HD IMIP. **RESULTS:** Of all 51 patients approached, 32 (62%) met the inclusion criteria for the study, 13 (25%) knew of the diagnosis before the current pregnancy and 6 (13%) refused to participate. Of the patients who fit the study, 14 had elevated risk of depression, without significant association with socio-demographic factors. **CONCLUSION:** Perinatal Depressive symptoms are very common in women diagnosed with HIV, especially in women diagnosed in recent pregnancy, making it necessary strict psychological attention. New studies, however, are needed to further elucidate the association between postpartum depression, HIV/AIDS and socio-economic and biological factors in the prognosis of patients.

KEYWORDS: HIV, Pregnant Woman, Postpartum Period, Postpartum Depression, Maternal and Child Health.

INTRODUÇÃO

Uma das doenças infecciosas mais prevalentes no mundo, o HIV/AIDS é também a 5ª maior causa de morte, sendo responsável pelo óbito de 1,6 milhões de pessoas anualmente. A epidemia, que se encontra no início de sua 4ª década, começa a reverter o seu quadro de propagação, há muito estagnado, com redução de 33% de novos casos registrados no período compreendido entre 2001 e 2012 (de 3,4 milhões para 2,3 milhões). Mesmo diante da ausência de cura, observa-se o declínio da mortalidade anual pela síndrome – de 2,3 milhões de pessoas em 2005 para 1,6 milhões em 2012: fruto do compromisso dos governos nacionais, da solidariedade da comunidade internacional, dos avanços científicos e dos programas de combate implementados^{1,2}.

Apesar dos avanços na redução da morbimortalidade da AIDS, existem muitos desafios a serem superados, em especial da população feminina: esta possui maior suscetibilidade fisiológica e maiores índices de infecção pela doença³. As mulheres representam cerca de 50% de toda a população adulta contaminada, respondendo por até 57% em algumas regiões (como a África subsaariana); fatores contribuintes para essa realidade incluem acesso desigual a educação e oportunidades econômicas, vulnerabilidade ao estupro e sexo com homens mais velhos^{1,3}.

No Brasil, entre 1980 e 2012, foram notificados ao Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, cerca de 718.000 casos de pessoas com o HIV. Se por um lado o país vive uma situação de aumento de detecção de casos, por outro vive uma diminuição da mortalidade pelo HIV/AIDS. Em 2012, foram detectados 39.185 novos casos (20,2/100.000 habitantes), o que corresponde a uma elevação de 2%

comparando com o ano de 2003. Quanto à mortalidade, o país apresentou 11.896 óbitos em 2012 (5,5/100.000 habitantes), representando uma redução de 14% com relação a 2003. No Nordeste, a detecção está abaixo da média nacional, com 14,8/100.000 habitantes, no entanto houve aumento de 62,6% novos casos em relação a 2003; em contrapartida, houve uma redução de 33,3% da mortalidade na região nos últimos 10 anos⁴.

Diferente da situação mundial, a razão entre homens e mulheres com HIV no Brasil é de 1,7:1^{1,4}, com detecção de 14.366 (14,5/100.000 habitantes) novos casos em mulheres só no ano de 2012. Embora a proporção entre homens e mulheres acometidos esteja estável desde 2000, essa proporção já chegou a 39 homens por mulher em 1983 e vem diminuindo desde então. Destaca-se, assim, a crescente importância desta afecção nos indivíduos do sexo feminino e conseqüentemente entre as gestantes e seus filhos^{4,5,6}.

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, em 2012, 12.177 gestantes foram notificadas como portadoras de HIV, correspondendo a um aumento de 22,6% do número de casos registrados em relação a 2003; segundo estimativas, esse número representa apenas 58,3% dos casos esperados para aquele ano^{4,5,7}.

Um desafio a ser enfrentado com a evolução da AIDS nas mulheres brasileiras é o controle da transmissão vertical (TV) do vírus; atualmente, a taxa de transmissão situa-se entre 25 e 30%, dos quais 25% acontecem intraútero e 75% intraparto⁷. A prevenção da TV do HIV deve ser realizada através de uma abordagem dinâmica e em constante mutação, envolvendo desde o aconselhamento pré-teste à terapia antirretroviral^{7,8,9}. Entre os fatores de risco para o aumento da transmissão do HIV da mãe para o filho estão a condição nutricional da criança ao nascer, contagem de linfócitos T – CD 4+, fatores comportamentais e obstétricos, aleitamento materno e

carga viral materna (sendo este último o principal fator associado à transmissão)⁷. Em se constatando o risco de contaminação da criança, deve-se iniciar uma terapia farmacológica⁹.

O primeiro estudo clínico para redução das taxas de transmissão vertical do HIV foi o Protocolo 076, do *PediatricsAidsClinicalTrialGroup*, que recomendou a monoterapia com zidovudina (AZT) pelas mulheres HIV positivas durante o segundo e o terceiro trimestre de gestação e durante o parto, e pelas crianças durante as primeiras seis semanas de vida. Dessa intervenção, constatou-se uma redução de 67,5% da taxa de transmissão vertical^{10,11}. Tal conclusão foi considerada um dos mais relevantes avanços no conhecimento e na prevenção da epidemia da AIDS. Posteriormente, a implementação de uma terapia com dois antirretrovirais diminuiu em 5 vezes a taxa de transmissão em relação à monoterapia, anteriormente utilizada (com taxas de infecção de 3,8%). As terapias mais recentes utilizam um esquema combinado de 3 antirretrovirais, reduzindo a transmissão a cerca de 1,2%. Todavia, esse fato positivo não diminuiu a importância dessa doença e das consequências patológicas e psicossociais a ela relacionadas^{11,12,13}.

Sabe-se que os portadores de doenças infecciosas são mais susceptíveis ao desenvolvimento de alterações psicossociais, tais como estresse, ansiedade e depressão¹⁴. Eventos estressantes, tais como mudanças na dinâmica familiar ou social e o preconceito, condições estas, frequentemente experimentadas pela população infectada pelo HIV, podem aumentar em 3 a 5 vezes o risco de se desenvolver problemas psicossociais^{6,15}.

A depressão está associada à AIDS em cerca de 35% dos casos, porém existe uma grande variabilidade nos estudos com valores que se situam entre 20 e 79%

dependendo da população estudada, do período de tempo investigado, bem como dos instrumentos utilizados para a descrição dos casos^{15,16}. Apesar de não haver uma significativa relação entre o vírus e a depressão isoladamente, nos casos em que o teste sorológico para o HIV foi positivo e acompanhado da percepção de discriminação no acesso ao serviço de saúde e menor acesso a recursos financeiros domésticos por parte da paciente, a relação acima citada se tornou significativa estatisticamente^{17,18}.

Dentro desse contexto, o puerpério (período iniciado após o parto com duração de até 1 ano) ganha significativo destaque na vida da gestante soro-positiva: essa fase, já carregada de profundas alterações sociais, psicológicas e físicas, pode desencadear, junto com a ansiedade gerada pela possibilidade de contaminação do seu filho, em uma síndrome psiquiátrica conhecida como depressão puerperal^{19,20}. Falta literatura abordando a correlação entre essa etiologia depressiva com o HIV, mas sabe-se de sua alta prevalência geral: entre 10 a 20% das puérperas são acometidas, mesmo sem complicações associadas. Essas mulheres apresentam desde sintomas como tristeza, choro fácil, abatimento, distúrbios no sono e náuseas a sintomas que podem afetar a criança, como fadiga no cuidado desta, ideias suicidas, preocupações envolvendo o bebê, ansiedade e, em caso de múltiparas, temor do ciúme dos outros filhos^{2,19,20,21}.

A barreira gerada pela depressão se associa a baixa adesão ao tratamento farmacológico antirretroviral, pondo em maior risco a saúde materna, aumentando o risco de transmissão materno-infantil^{5,22,23,24}. Surge, então, a importância da busca ativa de sinais depressivos durante a gravidez e pós-parto em gestantes portadoras do HIV/AIDS, acompanhada de adequada intervenção psicológica, visando garantir saúde plena e qualidade de vida tanto a mãe quanto ao seu filho.

OBJETIVO

Determinar a frequência de depressão em mulheres que receberam o diagnóstico do HIV durante a gestação ou durante o parto no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) no período de setembro de 2014 a abril de 2015.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de corte transversal, desenvolvido no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, hospital terciário, centro de referência para doenças de alta complexidade e para AIDS pelo Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde, sede do Serviço de Atendimento Especializado – Hospital Dia no período de agosto/2014 a julho/2015. A população do estudo foi mulheres infectadas pelo HIV cujo diagnóstico foi realizado durante a gestação ou no parto, por ocasião de comparecimento da primeira consulta da criança exposta ao HIV, geralmente entre 14 e 45 dias de vida no SAE-HD do IMIP.

A coleta de dados foi realizada mediante preenchimento de um formulário pelo pesquisador, contendo as variáveis que se pretende analisar. Para a elucidação da classificação clínica e imunológica atual da paciente foi feito um estudo do prontuário. Quanto à identificação dos sintomas de depressão foi utilizada a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS).

Salientamos que as pacientes recrutadas serão devidamente encaminhadas aos serviços de psiquiatria ou psicologia do SAE/IMIP, de acordo com as suas necessidades

individuais e com o grau de gravidade apontado pela Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo.

No desenvolvimento do estudo foram obedecidos os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, de modo a preservar a autonomia do paciente quanto a participação, não havendo danos ao paciente ou família. Foi obtido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, sob parecer nº 32189214.5.0000.5201.

RESULTADOS

Foi abordado um total de 68 pacientes, preenchendo critérios de inclusão apenas 32 mulheres – 10 pacientes recusaram-se a participar da pesquisa e as outras 16 já sabiam do diagnóstico de HIV antes gestação atual (descoberto tanto aleatoriamente quanto em gestações passadas).

Entre as idades vigentes das participantes, a maioria possuía 30 anos ou menos, com 12 (37,5%) pacientes menores que 25 anos, 13 (40,6%) estavam entre os 25 e 30 e as outras 7 (21,9%) com mais de 30. Em relação ao tempo de puerpério/idade do bebê, tivemos 14 (43,7%) com menos de 120 dias, 12 (37,5%) entre 120 e 180 dias e 6 (18,8%) com mais de 180 dias e até 1 ano desde o parto.

Utilizando Sistema Classificatório de Cor/Raça do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), obtivemos: 5 (15,6%) pacientes que se identificaram

como brancas, 17 (53,1%) como pardas e 4 (12,5%), negras; outras 6 (18,8%) não informaram.

Quanto a sua moradia, 20 (62,4%) disseram residir em alguma cidade da Região Metropolitana do Recife (RMR), enquanto as que residem em municípios da Zona da Mata e do Agreste correspondem a 6 (18,8%) e 3 (9,4%) respectivamente (3 não informaram a cidade de onde vieram), com a maioria habitando a zona urbana da sua respectiva localidade (Tabela 1).

Alfabetizadas com ensino de mais de 8 anos respondem por 50% do total de entrevistadas – contra 11 (34,4%) cuja escolaridade foi menor ou igual a 8 anos. Pelo menos 20(62,6%) das entrevistadas apresentam renda familiar per capita menor que meio salário mínimo, encaixando-se (via Secretaria de Assuntos Estratégicos – SAE) como classe média baixa ou inferior.

Analisando comportamento de risco para infecção pelo HIV, um total de 24 mulheres (75%) declarou apresentar parceiro fixo. A descoberta do diagnóstico se deu majoritariamente durante a gestação (78,1%), e apenas 19 (59,4%) pacientes alegaram terem autorizados ou sido aconselhadas a realizar o teste para detecção viral. Além disso, o médico não foi o principal profissional de saúde informador da soropositividade, respondendo apenas por 11 (34,4%) dos casos, sendo este papel desempenhado majoritariamente pelo enfermeiro (Tabela 2).

O diagnóstico foi compartilhado pelas pacientes, em ordem decrescente, aos familiares (78,1%), ao parceiro (75%) seguido dos amigos (6%), tendo 5 (15,6%) pacientes sofrido alguma forma de discriminação.

Apesar de 24 pacientes (75%) dizerem saber os riscos que o HIV pode trazer aos seus filhos, apenas 17 (53,1%) sabem a diferença entre a infecção viral e a AIDS. Nenhuma paciente se disse sintomática, mas 9 (28,1%) delas apresentaram comorbidades/ocorrências obstétricas (hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus gestacional, pré-eclâmpsia, sífilis e/ou prematuridade). Como forma de analisar fatores de risco prévios de distúrbios psiquiátricos, foi perguntado sobre o histórico familiar – positivo em 8 (25%) dos casos.

Das 32 pacientes entrevistadas, 14 (43,8%) apresentaram a probabilidade de depressão de acordo com o escore da Escala de Edimburgo de Depressão Pós-Parto (Gráfico 1). Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a probabilidade de depressão e fatores analisados anteriormente (tanto socioeconômicos quanto relacionados à infecção por HIV) (Tabelas 3 e 4). É notável uma tendência das mulheres com probabilidade de depressão à tristeza, ao choro, ao desejo de automutilação, à sensação de culpa e a episódios de medo sem causa aparente em detrimento das mulheres sem risco de depressão (Tabela 5).

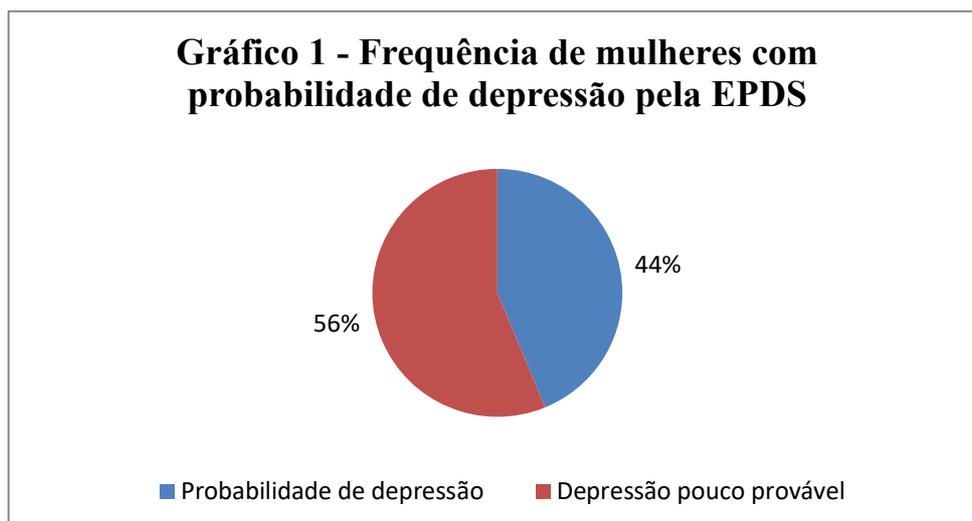


Tabela 1 – Dados socioeconômicos

Variáveis	n	%
Raça/cor		
• Branca	5	15,6
• Parda	17	53,1
• Negra	4	12,5
• Não Informado	6	18,8
Região		
• RMR	20	62,4
• Zona da Mata	6	18,8
• Agreste	3	9,4
• Não Informado	3	9,4
Zona		
• Urbana	25	78,1
• Rural	3	9,4
• Não Informado	4	12,5
Escolaridade (anos)		
• Menor ou igual a 8	11	34,4
• Mais de 8	16	50,0
• Não Informado	5	15,6
Idade (anos)		
• < 25	12	37,5
• 25 - 30	13	40,6
• > 30	7	21,9
Renda per capita (SM)		
• < 0,25	10	31,3
• 0,25 - 0,50	10	31,3
• ≥ 0,50	7	21,8
• Não Informado	5	15,6
Idade do Bebê		
• < 120	14	43,7
• 120 - 180	12	37,5
• > 180	6	18,8

Tabela 2 – Dados relacionados à infecção por HIV

Variáveis	n	%
Parceiro fixo		
• Sim	24	75,0
• Não	8	25,0
Quando descobriu?		
• Gestação	25	78,1
• Parto	7	21,9
Diagnóstico Família		
• Sim	18	56,3
• Não	14	43,8
Diagnóstico Amigos		
• Sim	6	18,8
• Não	26	81,3
Diagnóstico Parceiro		
• Sim	24	75,0
• Não	8	25,0
Médico Informou?		
• Sim	11	34,4
• Não	19	59,3
Se não o médico, quem informou?		
• Enfermeiro	18	56,2
• Assistente social	1	3,1
• Não Informado	2	6,3
Autorizou/aconselhada?		
• Sim	19	59,4
• Não	13	40,6
Sabe Diferença HIV/AIDS		
• Sim	17	53,1
• Não	15	46,9
Sofreu Discriminação		
• Sim	5	15,6
• Não	27	84,4
Riscos HIV Filho		
• Sim	24	75,0
• Não	8	25,0
Sintomática		
• Sim	0	0,0
• Não	32	100,0
Distúrbio Psiquiátrico Família		
• Sim	8	25,0
• Não	24	75,0
Complicações Gestação		
• Sim	9	28,1
• Não	23	71,9

Tabela 3 – Análise estatística (dados socioeconômicos)

Variáveis	Edimburgo		p-valor
	Probabilidade de depressão n (%)	Depressão pouco provável n (%)	
Raça/cor			
• Branca	2 (18,2)	3 (20,0)	1,000
• Parda	7 (63,6)	10 (66,7)	
• Negra	2 (18,2)	2 (13,3)	
Região			
• RMR	7 (58,4)	13 (76,4)	0,510
• Zona da Mata	4 (33,3)	2 (11,8)	
• Agreste	1 (8,3)	2 (11,8)	
Zona			
• Urbana	9 (75,0)	16 (100,0)	0,067
• Rural	3 (25,0)	0 (0,0)	
Escolaridade (anos)			
• Menor ou igual a 8	6 (54,5)	5 (31,3)	0,264
• Mais de 8	5 (45,5)	11 (68,7)	
Idade (anos)			
• < 25	6 (42,8)	6 (33,3)	0,478
• 25 - 30	4 (28,6)	9 (50,0)	
• > 30	4 (28,6)	3 (16,7)	
Renda per capita (SM)			
• < 0,25	6 (54,5)	4 (25,0)	0,413
• 0,25 - 0,49	3 (27,3)	7 (43,7)	
• ≥ 0,50	2 (18,2)	5 (31,3)	
Idade do Bebê			
• < 120	5 (35,7)	9 (50,0)	0,574
• 120 - 180	7 (50,0)	5 (27,8)	
• > 180	2 (14,3)	4 (22,2)	

Não houve associação estatisticamente significativa na tabela 3

Tabela 4 – Análise estatística (dados relacionados à infecção por HIV)

Variáveis	Edimburgo		p-valor
	Probabilidade de depressão n (%)	Depressão pouco provável n (%)	
Parceiro fixo			
• Sim	10 (71,4)	14 (77,8)	0,703
• Não	4 (28,6)	4 (22,2)	
Quando descobriu?			
• Gestação	11 (78,6)	14 (77,8)	1,000
• Parto	3 (21,4)	4 (22,2)	
Informou diagnóstico a familiar?			
• Sim	8 (57,1)	10 (55,6)	1,000
• Não	6 (42,9)	8 (44,4)	
Informou diagnóstico a amigos?			
• Sim	2 (14,3)	4 (22,2)	0,672
• Não	12 (85,7)	14 (77,8)	
Informou diagnóstico ao parceiro?			
• Sim	9 (64,3)	15 (83,3)	0,252
• Não	5 (35,7)	3 (16,7)	
Médico informou o diagnóstico?			
• Sim	5 (35,7)	6 (37,5)	1,000
• Não	9 (64,3)	10 (62,5)	
Quem informou?			
• Enfermeiro	8 (57,2)	10 (62,5)	
• Assistente social	1 (7,1)	0 (0,0)	
• Não respondeu			
Autorizou/foi aconselhada quanto a realização do exame?			
• Sim	11 (78,6)	8 (44,4)	0,112
• Não	3 (21,4)	10 (55,6)	
Sabe a diferença entre HIV e AIDS?			
• Sim	5 (35,7)	12 (66,7)	0,166
• Não	9 (64,3)	6 (33,3)	
Sofreu discriminação?			
• Sim	2 (14,3)	3 (16,7)	1,000
• Não	12 (85,7)	15 (83,3)	
Sabe os riscos do HIV para o filho?			
• Sim	11 (78,6)	13 (72,2)	1,000
• Não	3 (21,4)	5 (27,8)	
História de distúrbio psiquiátrico na família?			
• Sim	6 (42,9)	2 (11,1)	0,096
• Não	8 (57,1)	16 (88,9)	
Complicações na gestação?			
• Sim	4 (28,6)	5 (27,8)	1,000
• Não	10 (71,4)	13 (72,2)	

Não houve associação estatisticamente significativa na tabela 4

Tabela 5 – Inabilidades x Depressão puerperal

Perguntas	ESCORE Edimburgo*							
	0		1		2		3	
	Probabilidade de depressão n (%)	Depressão pouco provável n (%)	Probabilidade de depressão n (%)	Depressão pouco provável n (%)	Probabilidade de depressão n (%)	Depressão pouco provável n (%)	Probabilidade de depressão n (%)	Depressão pouco provável n (%)
Capacidade de rir	4 (28,57%)	9 (50,00%)	3 (21,42%)	6 (33,33%)	4 (28,57%)	3 (16,67%)	3 (21,42%)	0
Esperança no futuro	3 (21,42%)	14 (77,78%)	4 (28,57%)	2 (11,11%)	4 (28,57%)	1 (5,56%)	3 (21,42%)	1 (5,56%)
Sensação de culpa	0	7 (38,89%)	3 (21,42%)	5 (27,78%)	5 (35,71%)	6 (33,33%)	6 (42,86%)	0
Ânsia infundada	0	5 (27,78%)	5 (35,71%)	7 (38,89%)	4 (28,57%)	3 (16,67%)	5 (35,71%)	3 (16,67%)
Medo sem causa aparente	3 (21,42%)	10 (55,56%)	4 (28,57%)	5 (27,78%)	3 (21,42%)	2 (11,11%)	5 (35,71%)	0
Incapacidade de agir	3 (21,42%)	8 (44,44%)	0	5 (27,78%)	6 (42,86%)	4 (22,22%)	5 (35,71%)	1 (5,56%)
Sono ruim	3 (21,42%)	10 (55,56%)	1 (7,14%)	5 (27,78%)	6 (42,86%)	2 (11,11%)	4 (28,57%)	1 (5,56%)
Tristeza	0	12 (66,67%)	2 (14,28%)	4 (22,22%)	7 (50,00%)	1 (5,56%)	5 (35,71%)	0
Choro	0	10 (55,56%)	4 (28,57%)	5 (27,78%)	7 (50,00%)	3 (16,67%)	3 (21,42%)	0
Desejo de automutilação	1 (7,14%)	15 (83,33%)	6 (42,86%)	2 (11,11%)	4 (28,6%)	1 (5,56%)	3 (21,42%)	0

(*) As respostas são cotadas de 0, 1, 2 e 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas, 0 correspondendo a ‘nunca’ e 3, ‘sempre’.

DISCUSSÃO

O presente estudo foi motivado pela observância clínica e estudo da prevalência de sinais depressivos no período do puerpério fisiológico (uma vez que a saúde materno-infantil está intimamente ligada aos preditores de desenvolvimento do país) e pela ausência de estudos locais relacionados ao tema, especialmente ligados aos pacientes portadores de HIV. Apesar de a literatura propor o acompanhamento integral à saúde física e mental de pacientes portadores do HIV, pouco se vê tal atenção na prática cotidiana, relegando esses pacientes muitas vezes ao serviço terciário especializado (centros de atenção a imunodeficiências)²⁶.

Este é um dos primeiros estudos feitos na região nordeste do Brasil que observou a frequência da depressão puerperal em mulheres com diagnóstico de HIV. Na pesquisa bibliográfica realizada em julho de 2014 e repetida em julho de 2015, utilizando os seguintes descritores da saúde (DeCS) em pesquisas de três termos: (1) “HIV” ou “AIDS”; (2) “Período pós-parto”; e (3) “saúde mental”, “depressão”, “Depressão pós-parto”. Cada busca individual consistiu na combinação de três termos conectados por “AND”. Foram encontrados estudos publicado na Biblioteca Virtual em Saúde e na busca no National Center for Biotechnology Information, embora apenas estudos internacionais.

Apesar da maior prevalência geral da depressão em pacientes infectados pelo HIV, recente estudo mostra que não há diferenças significativas de sintomas depressivos entre gestantes soropositivas ou não. Há, no entanto, clara associação na literatura entre presença de sintomas depressivos ou depressão

pré-natal como fator preditivo para o aparecimento de depressão puerperal, além de história de uso de substâncias ilícitas (como crack, cocaína e/ou heroína), baixa escolaridade e número alto de parceiros sexuais antes da gestação^{27,28,29,30}.

O aparecimento de depressão apenas em gestantes com história de infecção descoberta há pouco tempo foi o foco dessa pesquisa, distanciando-se da literatura quanto à prevalência geral (43,8% contra 75% - em qualquer período da gestação), mas apresentando resultados semelhantes quanto ao início/maior prevalência da condição, girando em torno da 15ª semana pós-parto (10-14 semanas na literatura)^{28,30}.

Entre os fatores limitantes do estudo, a recorrente falta das genitoras às consultas das crianças se destaca, podendo estar associada à fragilidade da paciente, uma vez que a descoberta da contaminação do bebê corrobora na instalação da depressão puerperal. Também, o baixo número de pacientes não permitiu fazer associações significativas entre para mais comparações com a literatura vigente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Futuros estudos precisam melhor examinar variáveis de risco potencial, como uso de substâncias ilícitas, e grandes amostras de mulheres infectadas com o HIV – utilizando-se sempre de grupos demográficos semelhantes (com acompanhamento contínuo para melhor comparação) visando diminuir eventuais erros ou vieses. Finalizando, toda gestante ser alvo de atenção diferenciada em

âmbito social e médico, visando garantia da plenitude da sua saúde e de seu filho.

REFERÊNCIAS

¹ Organização Mundial de Saúde. Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic. UNAIDS. Suíça; 2013.

² Owusu K, Patel R, Chung AM. A Review of Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Postpartum Depression. *Mental Health Clinician*; 2013.

³ Organização Mundial de Saúde. Women and HIV/AIDS: confronting the crisis. UNAIDS, Suíça; 2004.

⁴ Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - AIDS e DST. Ano II - n. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

⁵ Felix G, Ceolim MF. O perfil da mulher portadora de HIV/AIDS e sua adesão à terapêutica antirretroviral. *Rev. esc. enferm. USP* ; 2012.

⁶ Carvalho FT, Piccinini CA. Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes. *Interação em Psicologia*; 2006.

⁷ Ministério da Saúde. Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes. Ministério da Saúde; 2010.

⁸ Organização Mundial de Saúde. Towards the elimination of mother-to-child transmission of HIV. Suíça; 2011

⁹ Organização Mundial de Saúde. Kesho Bora Study: Preventing mother-to-child transmission of HIV during breastfeeding. Suíça; 2011.

¹⁰ Connor EM, Sperling RS, Gelber R, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. New England Journal of Medicine; 1994.

¹¹ Organização Mundial de Saúde. Atualizações programáticas: Uso de Medicamentos Anti-retrovirais para Tratar Mulheres Grávidas e Evitar a Infecção dos Bebês pelo VIH. Suíça; 2012.

¹² Organização Mundial de Saúde. Guidelines on HIV and infant feeding. Suíça; 2010.

¹³ Organização Mundial de Saúde. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: recommendations for a public health approach. França.

¹⁴ Glaser R, Rabin B, Chesney M, Cohen S, Natelson B. Stress-induced immunomodulation: implications for infectious diseases? American Medical Association; 1999.

¹⁵ Gonçalves TR, Piccinini CA. Aspectos psicológicos da gestação e da maternidade no contexto da infecção pelo HIV/Aids. Psicol. USP, São Paulo; 2007.

¹⁶ Morrison M, Petitto J, Ten Have T, Gettes D, Chiappini M, Weber A, et al. Depressive and anxiety disorders in women with HIV infection. Am J Psychiatry 02; 159: 789-96.

¹⁷ RoCHAT TJ, Richter LM, Doll HA, Buthelezi NP, Tomkins A, Stein A. Depression among pregnant rural South African women undergoing HIV testing. JAMA; 2006.

- ¹⁸ Ciesla JA, Roberts JE. Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *American Journal of Psychiatry*; 2001.
- ¹⁹ Kogima EO. Depressão puerperal em adolescentes cadastradas na Estratégia Saúde da Família do município de Embu Guaçu. Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo; 2010.
- ²⁰ Rubin LH, Cook JA, Grey DD, et al. Perinatal depressive symptoms in HIV-infected versus HIV-uninfected women: a prospective study from preconception to postpartum. *J Womens Health*; 2011
- ²¹ Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evidence Report/Technology Assessment*; 2005.
- ²² Kapetanovic S, Christensen S, Karim R, et al. Correlates of perinatal depression in HIV-infected women. *AIDS Patient Care and STDs*; 2009.
- ²³ Nachman S, Chernoff M, Williams P, Hodge J, Heston J, Gadow KD. Human immunodeficiency virus disease severity, psychiatric symptoms, and functional outcomes in perinatally infected youth. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*; 2012.
- ²⁴ Psaros C, Geller PA, Aaron E. The importance of identifying and treating depression in HIV infected, pregnant women: a review. *J Psychosom Obstet Gynaecol*; 2009.
- ²⁵ Figueira, Patrícia et al . Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening in the public health system. *Rev. Saúde Pública, São Paulo* , v. 43, supl. 1, p. 79-84, ago. 2009. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102009000800012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 10 ago de 2015.

²⁶ Camacho RS, Cantinelli FS, Ribeiro C, Sylvia CA, Gonsales BK, Braguittoni É, Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. Rev PsiquiatrClin. 2006;33(2):92-102. DOI: 10.1590/S0101-60832006000200009

²⁷ Rubin, Leah H. et al. “Perinatal Depressive Symptoms in HIV-Infected Versus HIV-Uninfected Women: A Prospective Study from Preconception to Postpartum.” Journal of Women’s Health 20.9 (2011): 1287–1295. PMC.Web. 10 ago. 2015.

²⁸ Kapetanovic, Suad et al. “Mental Health of HIV-Seropositive Women During Pregnancy and Postpartum Period: A Comprehensive Literature Review.” AIDS andbehavior 18.6 (2014): 1152–1173. PMC.Web. 10 ago. 2015.

²⁹ Nöthling, Jani et al. “Maternal Post-Traumatic Stress Disorder, Depression and Alcohol Dependence and Child Behaviour Outcomes in Mother–child Dyads Infected with HIV: A Longitudinal Study.” BMJ Open 3.12 (2013): e003638.PMC. Web. 10 ago. 2015.

³⁰ Dow, Anna et al. “Postpartum Depression and HIV Infection among Women in Malawi.” Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999) 65.3 (2014): 359–365. PMC.Web. 10 ago. 2015.