



INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA

DIRETORIA DE PESQUISA

Grupo de Estudos da Saúde da Criança

**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.

Relatório Final apresentado ao Programa
Institucional de Bolsas de Iniciação
Científica (PIBIC/CNPq/IMIP) referente
ao período de agosto/2014 a julho/2015.

Estudante: José Napoleão de Godoy Araújo (PIBIC e TCC)

Colaboradores: Leticia Maggioni (TCC)

Paulo Correia Barbosa

Gabriela Menezes Finco

Carolina Dias da Silva Amorim

Orientadores: Prof. Dr. Edvaldo da Silva Souza

Prof. Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

Recife, julho de 2015.

PESQUISADORES

José Napoleão de Godoy Araújo

Graduando do Curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde

Telefone: (81) 9820-7003

E-mail: napoleao_godoy@hotmail.com

Paulo Correia Barbosa Filho

Graduando do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco

Telefone: (81) 9902-8758

E-mail: pauloc_0110@hotmail.com

Leticia Maggioni

Graduanda do Curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde

Telefone: (81) 9929-3858

E-mail: leticiamaggioni@outlook.com

Gabriela Menezes Finco

Graduanda do Curso de Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde

Telefone: (81) 9525-5980

E-mail: gabrielamfinco@gmail.com

Edvaldo da Silva Souza

Doutor em Saúde Materno Infantil pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

Coordenador Adjunto do Curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde

Pesquisador do Grupo de Estudos da Saúde da Criança da Diretoria de Pesquisa do IMIP

Médico Assistente do Serviço de Atendimento Especializado – Hospital Dia do IMIP

Telefone: (81) 2122-4191

E-mail: edsouza@imip.org.br

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

Psicólogo

Tutor da Faculdade Pernambucana de Saúde

Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela UFPE

Telefone: (81) 9245-1890

E-mail: leopoldopsi@gmail.com

Gerlane Alves Pontes da Silva

Médica Pediatra e Coordenadora do Serviço de Atendimento Especializado - Hospital Dia do IMIP

Telefone: (81) 2122-4191

E-mail: agerlane@gmail.com

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.

SUMÁRIO

I.	INTRODUÇÃO	7
II.	JUSTIFICATIVA	10
III.	OBJETIVOS	11
	3.1.Objetivo geral	11
	3.2.Objetivos específicos	11
IV.	MÉTODOS	12
	4.1.Desenho do estudo	12
	4.2.Local do estudo	12
	4.3.Período do estudo	12
	4.4.População do estudo	12
	4.5.Amostra	12
	4.6.Recrutamento	12
	4.7.Critérios de inclusão	13
	4.8.Critérios de exclusão	13
	4.9.Definição e operacionalização das variáveis	13
	4.10.Coleta de dados	16
	4.11.Processamento e análise de dados	16
	4.12.Aspectos éticos	17
V.	RESULTADOS	19
VI.	DISCUSSÃO	21
VII.	CRONOGRAMA	23
VIII.	ORÇAMENTO E RECURSOS DA PESQUISA	24
IX.	APÊNDICES	25
	Apêndice 1 – TCLE	25
	Apêndice 2 – Instrumento para coleta de dados	27
X.	ANEXOS	28
	10.1.Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo	28
	10.2. Escalas e gráfico	31
XI.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37

I. 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 à 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 conseqüências 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.

II. JUSTIFICATIVA:

Considerando a magnitude do tema em questão e o impacto da identificação precoce de depressão em mulheres que receberam o diagnóstico de HIV durante a gestação ou durante o parto, os resultados do presente estudo possibilitarão diagnóstico precoce e manejo deste agravo na população do estudo bem como a modificação da rotina de serviços que atendem a mulher infectada pelo HIV na gestação.

III. OBJETIVOS:

3.1- Objetivo Geral: 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 estado de Pernambuco.

3.2- Objetivos específicos: 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:

- a- Descrever características sócio-demográficas: idade, raça/cor, procedência, escolaridade, número de pessoas na residência, renda familiar, renda per capita.
- b- Determinar se há história pessoal e familiar de distúrbio psiquiátrico.
- c- Determinar fatores biológicos associados (ocorrências obstétricas): síndromes hipertensivas da gestação, diabetes mellitus gestacional, pré-eclâmpsia, sífilis e prematuridade.
- d- Descrever as características psicossociais em relação a infecção pelo HIV: entendimento sobre a diferença entre HIV e AIDS; relacionamento com parceiro; compartilhamento do diagnóstico (familiares, amigos e parceiro); consentimento e aconselhamento prévio à realização do teste rápido ou sorologia para HIV; discriminação relacionada ao HIV; diagnóstico de depressão anterior à gestação.
- e- Determinar o conhecimento quanto aos riscos de transmissão materno-infantil do HIV.
- f- Comparar a prevalência de depressão em mulheres com o diagnóstico na gestação e no parto.

IV. MÉTODOS:

4.1- Desenho do estudo: Será realizado um estudo de corte transversal.

4.2- Local do estudo: O estudo será 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.

O Serviço de Atendimento Especializado – Hospital Dia atende a crianças, adolescentes e adultos com alergias, doenças auto-imunes e imunodeficiências primárias, e secundárias (principalmente crianças e adolescentes portadoras do vírus HIV/AIDS além de ser referência em gestantes). Funcionando numa área de 320 m², o Serviço de Atendimento Especializado – Hospital Dia (SAE-HD) dispõe de 16 leitos e agrupa toda a equipe multiprofissional – médicos, psicólogos, odontólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais – que oferece assistência aos seus pacientes.

4.3- Período do estudo: Agosto/2014 a julho/2015

4.4- População do estudo: mulheres infectadas pelo HIV cujo diagnóstico foi realizado durante a gestação ou parto, acompanhadas no SAE-HD do IMIP.

4.5- Amostra: Serão convidadas a participarem as pacientes que se enquadrarem aos critérios de inclusão. O cálculo do tamanho da amostra foi realizado através do aplicativo StatCalc do software Epi Info, considerando a prevalência de 25% observada em estudo publicado em 2009²², tendo como resultado um n=66.

4.6- Recrutamento: A amostra do estudo será recrutada 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.

4.7- Critérios de Inclusão:

- Gestantes e genitoras infectadas pelo HIV que receberam o diagnóstico durante a gestação ou durante o parto acompanhadas no Serviço de Atendimento Especializado – Hospital Dia do IMIP.

4.8- Critérios de Exclusão:

- Genitoras em uso de antidepressivos e/ou ansiolíticos
- Genitoras que já sabiam do diagnóstico do HIV antes da gestação

4.9- Definição e Operacionalização de Variáveis:

a. Características biológicas e sócio-demográficas:

- Idade: refere-se à idade da gestante/puérpera, em anos no momento do recrutamento e inclusão no estudo. Será uma variável quantitativa contínua.
- Raça/cor: será assinalada a opção referente à percepção da paciente recrutada para o estudo sobre sua raça/cor de acordo com as seguintes opções: branca, parda, negra, indígena, asiática. Será uma variável categórica nominal e policotômica.
- Procedência: será considerado como procedência o local de moradia da gestante/puérpera. Será uma variável dividida em 2 categorias (Região Metropolitana do Recife, Zona da Mata, Agreste, Sertão e São Francisco), de acordo com a divisão geográfica atual do Estado de Pernambuco. Será uma variável categórica nominal e policotômica.
- Escolaridade: refere-se ao número de anos estudados e aprovados da gestante/puérpera. Será uma variável quantitativa contínua que será dividida em três categorias (não estudou, estudou < 8 anos e estudou \geq 8 anos).
- Número de pessoas na residência: refere-se ao número total de pessoas que residem na mesma moradia da paciente recrutada contabilizando-se a mesma. Será uma variável quantitativa contínua.

- Renda familiar per capita: refere-se ao somatório da renda familiar total e divisão pelo número de habitantes por domicílio, representando o rendimento mensal da família. Para descrição e análise, serão consideradas as seguintes categorias: $<1/4SM$ (indigência), $1/4SM$ a $1/2SM$ (pobre), $\geq 1/2SM$ (não pobre). Será uma variável categórica nominal e policotômica.
- b. Estado de saúde/antecedentes médicos:
- Classificação clínica da infecção pelo HIV:
Refere-se à categorização clínica da infecção pelo HIV elaborada pelos *Centers for Disease Control & Prevention* (CDC) e usada mundialmente. Esta variável é dividida em 4 categorias de acordo com a presença ou não de sintomas (N, sem sintomas; A, sintomas leves; B, sintomas moderados; e C, sintomas graves). Será uma variável categórica ordinal e policotômica.
 - Classificação imunológica da infecção pelo HIV: refere-se à categorização imunológica da infecção pelo HIV elaborada pelos *Centers for Disease Control & Prevention* (CDC) e usada mundialmente. Esta variável é dividida em 3 categorias de acordo com o grau de alteração imunológica medida pelo número absoluto ou relativo de linfócitos T CD4+ (1, ausente; 2, moderada; e 3, grave). Será uma variável categórica ordinal e policotômica.
 - História familiar de distúrbio psiquiátrico: Será determinada mediante questionamento à paciente recrutada sobre a existência ou não de história familiar, pregressa ou atual, de distúrbio psiquiátrico. Será uma variável categórica nominal dicotômica (sim/não).
 - Presença de comorbidades (ocorrências obstétricas): Será determinada mediante questionamento à paciente recrutada sendo consideradas as seguintes opções: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus gestacional, pré-eclâmpsia, sífilis e prematuridade. Será uma variável categórica nominal dicotômica (sim/não).
- c. Características psicossociais:
- Relacionamento com parceiro: Será determinada mediante questionamento à paciente recrutada se a mesma encontra-se em parceria fixa, ou seja, se está em um relacionamento sério, de conhecimento de todos que a cercam em sua vida pessoal e que

tenha duração de no mínimo um ano. Será uma variável categórica nominal dicotômica (sim/não).

- Compartilhamento do diagnóstico: Variante definida a partir de três questionamentos à paciente referentes ao compartilhamento do diagnóstico do HIV com familiares, com amigos ou com o parceiro. Os Questionamentos representarão três variáveis categóricas nominais dicotômicas(sim/não).
- Identificação do responsável pela revelação do diagnóstico: Será questionado à paciente recrutada se o responsável pela revelação do diagnóstico foi o médico assistente ou não. Será uma variável categórica nominal dicotômica (sim/não).
- Consentimento e aconselhamento prévio à realização do teste rápido ou sorologia para HIV: Será determinada mediante questionamento à paciente recrutada se a mesma passou ou não por aconselhamento prévio à realização do teste rápido ou sorologia para HIV. Será uma variável categórica nominal dicotômica (sim/não).
- Entendimento quanto à diferença entre HIV e AIDS: Será determinada mediante questionamento à paciente recrutada se há ou não entendimento quanto à diferença entre os termos HIV e AIDS. Será uma variável categórica nominal dicotômica (sim/não).
- Discriminação relacionada ao HIV: Será determinada mediante questionamento à paciente recrutada se a mesma considera que tenha sofrido com algum ato de preconceito relacionado à sua condição de portadora do HIV. Será uma variável categórica nominal dicotômica (sim/não).

d. Fatores associados à depressão:

- Riscos de infecção do filho: será questionado à paciente recrutada se a mesma foi orientada sobre os riscos de haver infecção pelo HIV por parte de seu filho. Será uma variável categórica nominal dicotômica (sim/não).
- Frequência de depressão: será determinada mediante aplicação do instrumentos–Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo(EPDS)²⁵.

4.10- Coleta de dados:

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). A referida escala é validada e adaptada à população brasileira e o resultado é obtido através de um escore determinado da seguinte forma: escore máximo de 30 pontos, com respostas cotadas em 0, 1, 2 e 3 de acordo com a gravidade dos sintomas, com as questões 3, 5-10 são cotadas inversamente, sendo cada item somado aos restantes para se obter a pontuação total; uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não sua gravidade.

4.11- Processamento e análise dos dados:

A partir do levantamento das informações nos formulários pré-codificados, estes serão cuidadosamente revisados e digitados pelo pesquisador. Foi construído um banco de dados no Excel 2010, sendo os dados analisados no *software* STATA/SE 12. Ao término da digitação, os bancos de dados foram comparados e corrigidas eventuais diferenças e inconsistências. O banco de dados definitivo foi então submetido a testes de consistência, obtendo-se a listagem das variáveis de análise. Neste processo, serão corrigidas informações, consultando-se novamente os formulários e/ou prontuários. A análise dos dados foi efetuada, utilizando-se o programa STATA/SE 12.0 para *Windows*TM. Inicialmente, Os resultados estão apresentados em forma de tabela e/ou gráficos com suas respectivas frequências absoluta e relativa, calculando-se ainda medianas para as variáveis contínuas de distribuição não normal. A análise estatística para verificação da associação entre as variáveis estudadas será feita inicialmente pela análise bivariada, utilizando-se o teste χ^2 -quadrado ou o teste exato de Fisher, quando indicado. Será utilizada a razão de prevalência para medir a força da associação entre as variáveis estudadas, com intervalo de confiança de 95% e o nível de significância adotado nos testes será de 5,0%.

4.12- Aspectos Éticos:

a.Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP (CEP-IMIP)

O projeto deste estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, para apreciação, somente sendo iniciado após a sua aprovação.

b.Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Todas as pacientes que preencherem aos critérios de inclusão serão informadas sobre o estudo e convidadas a participarem do mesmo. Somente participarão do estudo as pacientes que concordarem em participar do estudo, em conformidade com os itens II.11, III e IV.1 da Resolução Nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde versão 2012.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em anexo, foi escrito de acordo com o item IV.2 da Resolução supracitada.

Serão assegurados o anonimato e a confidencialidade dos dados, não estando o sujeito da pesquisa em risco sob este ou qualquer outro aspecto. A participação no estudo não se associará com risco ao participante.

c.Seguimento das pacientes recrutadas:

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.

d. Análises de riscos e benefícios para o sujeito da pesquisa:

Os riscos possíveis para as pacientes são mínimos e transitórios e incluem constrangimento, desconforto ou estresse durante a entrevista.

Os benefícios são o diagnóstico precoce de depressão puerperal e encaminhamento para atendimento especializado do SAE/IMIP, tratando-as de acordo com suas necessidades.

e. Análises de riscos e benefícios para a comunidade:

Não foram previstos riscos para a realização da pesquisa.

O benefício inclui a possibilidade de gerar conhecimento generalizável e permanente: entendendo, prevenindo ou aliviando problemas relacionados à depressão puerperal em mulheres com HIV.

V. 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 identificaram-se 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. 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).

VI. 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)^{28,30,31}.

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.

Futuros estudos precisam melhor examinar variáveis de risco potencial, como uso de substâncias ilícitas, e grandes amostradas 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.

VII. CRONOGRAMA:

ATIVIDADES	PERÍODO DO ESTUDO EM MESES											
	Ago/ 2014	Set/ 2014	Out/ 2014	Nov/ 2014	Dez/ 2014	Jan/ 2015	Fev/ 2015	Mar/ 2015	Abr/ 2015	Mai/ 2015	Jun/ 2015	Jul/ 2015
Revisão da literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Coleta de dados					X	X	X	X	X			
Construção de banco de dados					X	X	X	X	X			
Digitação dos dados					X	X	X	X	X	X		
Análise dos dados										X	X	
Redação do relatório											X	
Preparação do resumo											X	
Apresentação do trabalho												X

VIII. ORÇAMENTO:

Os custos do projeto serão cobertos pelos pesquisadores, não havendo ônus para a instituição ou para os pacientes.

ESPECIFICAÇÃO DO ORÇAMENTO	UNIDADE	QUANTIDADE	PREÇO /UNIDADE	VALOR TOTAL
Papel ofício A4	Resma	2	R\$14,00	R\$28,00
Xerox	Unidade	1	R\$90,00	R\$90,00
Pen-drive	Unidade	1	R\$60,00	R\$60,00
CD	Caixa	1	R\$10,00	R\$10,00
Caneta esferográfica, lápis, borrachas, pastas, etc.	Unidade			R\$50,00
Cartucho de impressora	Unidade	1	R\$90,00	R\$90,00
Total				R\$338,00

IX. APÊNDICE:

9.1. TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convidamos você para participar de uma pesquisa intitulada **“Frequência de depressão em mulheres com diagnóstico da infecção pelo HIV durante a gestação e o parto”**, que será realizada no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), pelos pesquisadores: Dr. Edvaldo Souza, Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa, Dra. Gerlane Alves Pontes da Silva, Leticia Maggioni, Paulo Correia Barbosa Filho, Gabriela Menezes Finco e José Napoleão de Godoy Araújo. O objetivo desta pesquisa é avaliar a frequência de depressão em mulheres que receberam o diagnóstico de HIV/AIDS durante a gestação ou o parto através de um questionário e do acesso ao seu prontuário. Depressão é um distúrbio psicológico que está frequentemente associado a doenças crônicas e infecciosas como a AIDS. Apesar da possibilidade de se causar constrangimento pelas perguntas de caráter pessoal, podemos, com o estudo, identificar mulheres nas condições já citadas que estão com depressão para que possamos encaminhar estas pacientes para um melhor acompanhamento com psicólogo e/ou psiquiatra do SAE/IMIP. Se depois de autorizar a coleta de dados, você não quiser que seus dados sejam usados, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta de dados, independente do motivo e sem prejuízo do atendimento que está recebendo, tanto no Serviço de Assistência Especializada (SAE) como em qualquer outro setor do IMIP. Não haverá a necessidade de você vir ao Serviço mais vezes por estar participando da pesquisa. Você não terá nenhuma despesa e também não ganhará nada. A sua participação é importante para o melhor conhecimento da sua doença. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas a sua identidade não será divulgada, sendo guardada em segredo pelos pesquisadores.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre esta pesquisa, entre em contato com o orientador (dados abaixo) ou com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do IMIP (CEP-IMIP) que objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus

direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas. O CEP-IMIP está situado na Rua dos Coelhos, 300, Boa Vista, Diretoria de Pesquisa do IMIP, Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º andar. Tel: (81) 2122-4756. E-mail: comitedeetica@imip.org.br. O CEP-IMIP funciona de segunda a sexta-feira, nos seguintes horários: 07:00 às 11:30 (manhã) e 13:30 às 16:00 (tarde).

PESQUISADOR PRINCIPAL/ORIENTADOR:

Prof. Dr. Edvaldo da Silva Souza

Rua dos Coelhos, 300 – Boa Vista

Recife – PE – 50070-550 – Cx. Postal 1393

Telefone: (0xx81) 2122.4191

E-mail: essouza@terra.com.br

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____ portador(a) do RG _____, autorizo a utilização dos dados coletados na pesquisa intitulada “**Frequência de depressão em mulheres com diagnóstico da infecção pelo HIV durante a gestação e o parto**” a ser realizada no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Declaro ter recebido as devidas explicações sobre a pesquisa e concordo que minha desistência poderá ocorrer em qualquer momento, sem que ocorram quaisquer prejuízos. Declaro, ainda, ter sido informado que a participação é voluntária e que fui devidamente esclarecido(a) quanto aos objetivos e procedimentos desta pesquisa.

Recife, _____ de _____ de 2014.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Testemunha

9.2. Instrumento para coleta de dados

Informações gerais

1. Identificação: ____ ____ ____ ____ ____ (ex. ESS001, iniciais do 1º e dos 2 últimos nomes, no caso de apenas 2 nomes, deve-se deixar o espaço do meio em branco).
2. Prontuário: _____
3. Data de nascimento: ____/____/____ (DD/MM/AAAA)
4. Idade: ____ (em anos)
5. Raça/cor: (1)Branca (2)Parda (3)Negra (4)Indígena (5)Asiática
6. Município onde reside: _____
7. Zona: (1) Urbana; (2) Rural; (3) Ignorado
8. Região: (1) Metropolitana; (2) Zona da Mata; (3) Agreste; (4) Sertão; (5) São Francisco
9. Escolaridade (em anos concluídos): (1) não estudou; (2) < 8 anos; (3) ≥ 8 anos
10. Número de pessoas que residem na mesma casa: _____
11. Renda familiar (em R\$): (1) < ¼ SM; (2) ¼ SM a ½ SM; (3) ≥ ½ SM

Características psicossociais/Fatores associados à depressão

1. Parceria fixa: (1)Sim; (2) Não
2. Compartilhou o diagnóstico do HIV com familiares: (1)Sim; (2) Não
3. Compartilhou o diagnóstico do HIV com amigos: (1)Sim; (2) Não
4. Compartilhou o diagnóstico do HIV com o parceiro: (1)Sim; (2) Não
5. O responsável pela revelação do diagnóstico do HIV foi o médico assistente: (1)Sim; (2) Não
6. Passou por consentimento e aconselhamento prévio à realização do teste rápido ou sorologia para HIV: (1)Sim; (2) Não
7. Entende a diferença entre HIV e AIDS: (1)Sim; (2) Não
8. Sofreu discriminação relacionada ao HIV: (1)Sim; (2) Não
9. Foi informada sobre os riscos da infecção pelo HIV para seu filho: (1)Sim; (2) Não

Estado de saúde/antecedentes médicos

1. Classificação Clínica e Imunológica Atual: _____
2. História familiar de distúrbio psiquiátrico: (1)Sim; (2) Não
3. Presença de comorbidades/ocorrências obstétricas (hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus gestacional, pré-eclampsia, sífilis e/ou prematuridade):(1)Sim; (2) Não

X. ANEXO:

1. Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo

NOME: _____

DATA: __/__/__

IDADE DO BEBÊ: _____

PONTUAÇÃO: _____

APLICADOR DA ESCALA: _____

Dado que teve um bebê há pouco tempo, gostaríamos de saber como se sente.

Por favor, sublinhe a resposta que mais se aproxima dos seus sentimentos nos últimos 7 dias, não apenas como você e sentiu hoje:

Nos últimos 7 dias:

1. Tenho sido capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- Tanto quanto antes
- Menos que antes
- Muito menos que antes
- Nunca

2. Tenho tido esperança no futuro:

- Tanto quanto antes
- Menos que antes
- Muito menos que antes
- Nunca

3. Tenho me culpado quando as coisas correm mal:

- Sim, a maioria das vezes
- Sim, algumas vezes
- Raramente
- Não, nunca

4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo:

- Não, nunca
- Quase nunca
- Sim, por vezes
- Sim, muitas vezes

5. Tenho me sentido com medo ou muito assustada sem motivo:

- Sim, muitas vezes
- Sim, por vezes
- Não, raramente
- Não, nunca

6. Tenho sentido que as coisas são demais para mim:
- Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las
 - Sim, por vezes não consigo resolvê-las como antes
 - Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente
 - Não, resolvo-as tão bem quanto antes
7. Tenho me sentido tão infeliz que durmo mal:
- Sim, quase sempre
 - Sim, por vezes
 - Raramente
 - Não, nunca
8. Tenho me sentido triste ou muito infeliz:
- Sim, quase sempre
 - Sim, muitas vezes
 - Raramente
 - Não, nunca
9. Tenho me sentido tão infeliz que choro:
- Sim, quase sempre
 - Sim, muitas vezes
 - Só às vezes
 - Não, nunca
10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma:
- Sim, muitas vezes
 - Por vezes
 - Muito raramente
 - Nunca

EPDS – ORIENTAÇÕES PARA O USO

O escore máximo é de 30 pontos.

As respostas cotadas em 0, 1, 2 e 3 de acordo com a gravidade dos sintomas.

As questões 3, 5-10 são cotadas inversamente.

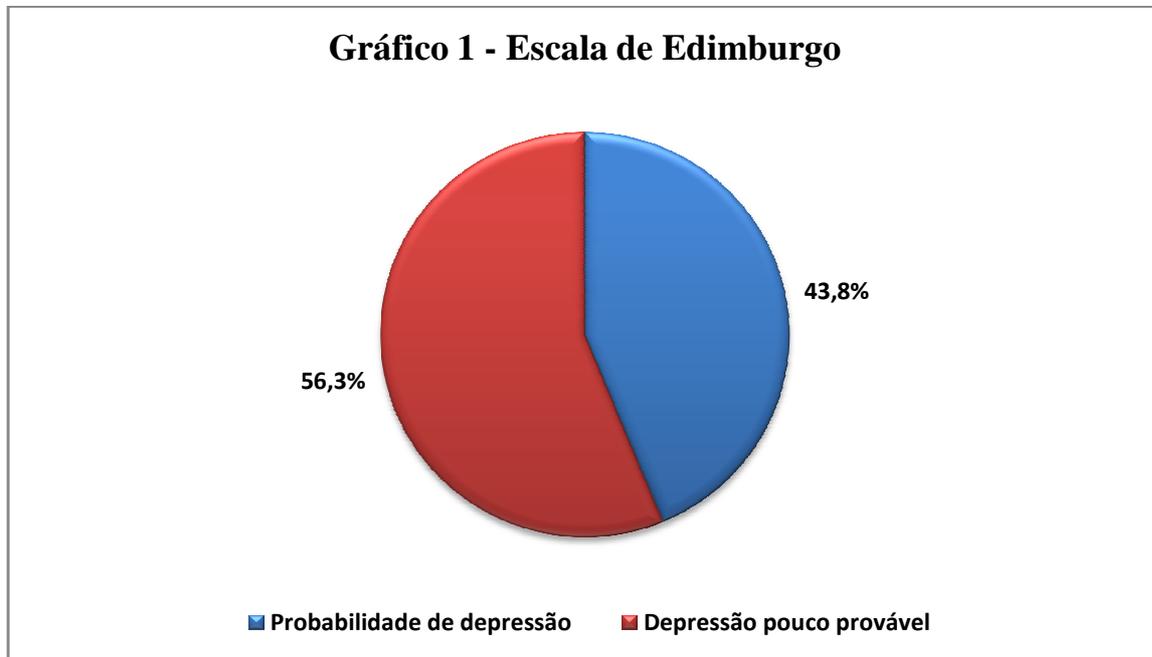
Cada item somado aos restantes para se obter a pontuação total.

Uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não sua gravidade.

A EPDS foi desenhada para complementar, não para substituir a avaliação clínica.

2. Tabelas e gráficos

2.1. Gráfico



2.2. Tabelas

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)	

(*) Teste Exato de Fisher

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)	

(*) Teste Exato de Fisher (**) Teste χ^2 -Quadrado

Não houve associação estatisticamente significativa na tabela 4

Tabela 5 – Inabilidades x Depressão puerperal

Perguntas	ESCORE Edimburgo*							
	0		1		2		3	
	Probabilidade de depressão	Depressão pouco provável						
	n (%)	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’.

XI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¹⁰Connor 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, Chiappinni 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. 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 Psiquiatr Clin*. 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 and behavior* 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.
- ³¹ Ross R, Sawatphanit W, Mizuno M, Takeo K. Depressive symptoms among HIV-positive postpartum women in Thailand. *Arch Psychiatr Nurs*. 2011;25(1):36–42. PMC.Web. 10 ago. 2015.