

Sintomas depressivos em angolanos com HIV em período pré-pandêmico**Depressive symptoms in Angolans with HIV in the pre-pandemic period****Síntomas depresivos en angoleños con VIH en el período prepandemia****Cirilo Armando António Mendes¹, João Domingos Pedro²****RESUMO**

Objetivo: conhecer os níveis de depressão e sintomas depressivos em angolanos com HIV. **Método:** estudo descritivo e misto, com estratégia exploratória sequencial, em período pré-pandêmico em um hospital público de Angola. Realizou-se entrevistas semiestruturadas, com aplicação do Inventário de Depressão de Beck. Para fins de análise, considerou o conceito de depressão a partir da classificação internacional de doenças. **Resultados:** prevaleceu depressão leve a moderada para ambos os sexos e estado civil. No G1, a maioria além da tristeza ou infelicidade não conseguem suportar a angústia, alguns verbalizam ter consciência de que os choros não os levará a ter vida anterior desta realidade. Agora se sentem irritados o tempo todo e não sentem mais prazer nas coisas como antes. No G2, expressaram ideias e sentimentos suicidas, estavam desanimados quanto ao futuro, percebem-se fracassados mais do que uma pessoa sem a doença, e adiam a tomada de decisão mais do que o costume. **Conclusão:** embora não tenha prevalecido formas severas (graves) de depressão, a ocorrência de sintomas negativos em variadas esferas da vida pode evoluir, especialmente no contexto angolano.

Descritores: Angola; Soropositividade para HIV; Saúde Mental; Depressão; Transtorno Depressivo.

ABSTRACT

Objective: to know the levels of depression and depressive symptoms in Angolans with HIV. **Method:** descriptive and mixed study, with sequential exploratory strategy, in the pre-pandemic period in a public hospital in Angola. Semi-structured interviews were carried out, with the application of the Beck Depression Inventory. For analysis purposes, it considered the concept of depression from the international classification of diseases. **Results:** mild to moderate depression prevailed for both sexes and marital status. In G1, the majority, in addition to sadness or unhappiness, cannot bear the

¹Licenciado em Psicologia Clínica e Aconselhamento. Coordenador do Centro Comunitário de Saúde Mental de Malanje. Docente da Universidade Rainha Njinga a Mbande. Coordenador Provincial da Revista Psicólogos Angola. Malanje, Angola. E-mail: mendeciro@gmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1810-0248>

²Mestre em Letras (Linguística Portuguesa). Diretor do Curso de Língua Portuguesa e Comunicação. Docente do Instituto Superior Politécnico Cardeal Dom Alexandre do Nascimento. Malanje, Angola. E-mail: kalendaneto23abril@gmail.com ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7151-7398> **Autor para Correspondência** - Endereço: ISPCAN - Catepa, Voanvoala, Malanje, Angola.



Este artigo está licenciado sob forma de uma licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a publicação original seja corretamente citada.

anguish, some verbalize being aware that crying will not lead them to have a previous life in this reality. Now they feel irritable all the time and they don't enjoy things the way they used to. In G2, they expressed suicidal ideas and feelings, were discouraged about the future, perceived themselves as failures more than a person without the disease, and postponed decision-making more than usual. Conclusion: although severe forms of depression have not prevailed, the occurrence of negative symptoms in various spheres of life can evolve, especially in the angolan context.

Descriptors: Angola; HIV Seropositivity; Mental Health; Depression; Depressive Disorder.

RESUMEN

Objetivo: conocer los niveles de depresión y síntomas depresivos en angoleños con VIH.

Método: estudio descriptivo y misto, con estrategia exploratoria secuencial, en el período pré-pandêmico en un hospital público de Angola. Se realizaron entrevistas semiestructuradas, con la aplicación del Inventario de Depresión de Beck. Para efectos de análisis, se consideró el concepto de depresión de la clasificación internacional de enfermedades. **Resultados:** predominó la depresión leve a moderada para ambos sexos y estado civil. En G1, la mayoría, además de la tristeza o la infelicidad, no pueden soportar la angustia, algunos verbalizan siendo conscientes de que el llanto no los llevará a tener una vida anterior en esta realidad. Ahora se sienten irritables todo el tiempo y no disfrutan las cosas como antes. En G2 expresaron ideas y sentimientos suicidas, estaban desanimados sobre el futuro, se percibían como fracasados más que una persona sin la enfermedad y postergaban la toma de decisiones más de lo habitual. **Conclusión:** aunque no han prevalecido formas severas de depresión, la aparición de síntomas negativos en diversas esferas de la vida puede evolucionar, especialmente en el contexto angoleño.

Descriptor: Angola; Seropositividad para VIH; Salud Mental; Depresión; Trastorno Depresivo.

INTRODUÇÃO

Desde 1985, quando a primeira notificação de HIV em Angola foi reportada, a onda de casos gerou uma epidemia. Em 2020, cerca de 350 mil angolanos viviam com HIV, dos quais prevalecia o sexo feminino. A Rede Angolana de Organizações de Serviços de SIDA (ANASO) registrou em março daquele ano uma queda no estoque de antirretrovirais de primeira linha, atingindo aproximadamente 25 mil

peessoas, que já se encontravam há mais de três meses sem a medicação¹.

Esse contexto, sendo dúvida, afeta a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV (PVHIV) nesse país, pois além de sofrerem com o estigma, estereótipos negativos, rótulos discriminantes e preconceituosos, não possuem acesso à saúde de forma integral².

Outrossim, as repercussões psíquicas da infecção pelo HIV, como uma enfermidade crônica, colocam a PVHIV em sensação de iminência da

morte. Esse temor gerado após o diagnóstico, potencializa sintomas de sofrimento³, ansiedade, depressão, insônia, abuso de álcool e/ou outras drogas, e em muitos casos, situações de negação e revolta que leva a intensificação do comportamento de risco, expondo outras pessoas ao vírus.

Pesquisadores têm revelado uma relação complexa entre a infecção por HIV, neuroinflamação e comorbidades neurológicas e psiquiátricas. A doença mental pode ser consequência direta da neuropatia da infecção, complicando o curso da doença e a adesão ao tratamento⁴. Dentre as várias alterações psiquiátricas, frequentemente identificadas, a depressão é a mais predominante nessas pessoas⁵.

A depressão no contexto da infecção pelo HIV se destaca, tendo em vista, a evidente diminuição da adesão à Terapia Antirretroviral (TARV). Somado a isso, a baixa cobertura de serviços especializados em saúde mental, e a pouca articulação da rede de atenção à saúde, particularmente nas regiões suburbanas e rurais de Angola.

Não obstante, houve um recente agravante nas medidas de prevenção e combate ao HIV nesse país, que de algum modo influenciou os quadros depressivos da população, a pandemia

da COVID-19, desviando a atenção e recursos do Governo⁶. Ainda assim, mesmo anterior a pandemia, Angola já se mantinha entre os países do mundo com maior número de PVHIV.

Essa situação vivenciada por muitos angolanos, com precariedade sanitária, baixo sentimento de comunidade (comum entre PVHIV) e diante de contrastes sociais, como ser um país de grandes riquezas natural e cultural, mas pobreza de vários âmbitos, traz implicações psicossociais profundas. Diante disso, surge a seguinte questão “Quais níveis de depressão estão presentes nas pessoas com HIV em Angola? E para responder essa questão, o objetivo do estudo foi conhecer os níveis de depressão e sintomas depressivos em angolanos com HIV.

MÉTODOS

Estudo descritivo e misto, com estratégia exploratória sequencial, cinco anos antes do início da pandemia da COVID-19 no mundo. A escolha desse período ocorreu por dois marcos históricos importantes do HIV, em Angola e no mundo, primeiro porque em 2007 o Ministério da Saúde angolano anunciou o lançamento de uma campanha gratuita inédita de "teste e aconselhamento" para

combater o HIV/Aids, de forma a inverter o crescimento de casos da doença até 2015; e também porque neste mesmo ano, Cuba foi o primeiro país do mundo a declarar ter eliminado de vez as transmissões do HIV de mãe para filho.

A amostragem do estudo foi censitária, limitado ao período de coleta dos dados (dois meses - setembro e outubro). O estudo foi realizado em um hospital público de Angola, com 22 anos de inauguração. A instituição foi construída para dar resposta aos pacientes infectados com HIV, mas passa por inúmeras dificuldades, está quase sempre sem medicamentos e insumos para atender a demanda; circunstâncias que obrigam os pacientes a adquirirem nas farmácias próximas deste hospital, os materiais necessários para serem atendidos. A falta de energia na localidade tem dificultado também o trabalho dos profissionais no hospital, motivo pelo qual vários pacientes são transferidos para outras unidades sanitárias de Luanda (AO).

Foram inclusos no estudo, pacientes com HIV de ambos os sexos, com idade compreendida entre 18 e 40 anos, atendidos em consultas nessa instituição de saúde. Quanto aos critérios de exclusão, pacientes com

diagnóstico recente de HIV (≤ 30 dias) e não tendo iniciado a TARV.

Realizou-se entrevistas semiestruturadas por dois pesquisadores do sexo masculino, com formação na área de Psicologia Clínica e Enfermagem, experientes em pesquisas dessa natureza. Alguns participantes, logo após o aceite já foram entrevistados, e outros agendaram para datas e períodos de preferência. Quanto ao ambiente de realização das entrevistas ocorreram predominantemente dentro dos consultórios de psicologia ou de enfermagem da própria unidade hospitalar, com duração média de 20 minutos. Inicialmente, os participantes responderam a questões sociodemográficas, de acordo com instrumento criado pelos próprios autores e pré testado com usuários de outra instituição de saúde que também atende pacientes com HIV.

Na sequência aplicou o Inventário de Depressão de Beck (BDI), instrumento de autoaplicação composto por 21 itens, cujo objetivo é avaliar a presença e gravidade dos sintomas depressivos. Esse instrumento é utilizado regularmente em pesquisas e em estudos sobre depressão em pacientes com HIV/Aids.

A pontuação do BDI varia de 0 a 3 pontos, baseando-se da seguinte forma: não, levemente, moderadamente e severamente. Entretanto, todos os itens cuja resposta é «não», o resultado é zero (0), se for levemente equivale a um (1), moderadamente dois (2), e gravemente três (3). Tendo como resultado, entre os valores de 0 a 9 pontos para indivíduo não deprimido, 10 a 18 pontos depressão leve a moderada, 19 a 29 pontos indicam depressão moderada a severa e 30 a 63 pontos indicam depressão severa.

Para a organização dos dados, estes foram lançados duplamente por pesquisadores independentes, em planilhas eletrônicas do *software Microsoft Office Excel®*, versão 10, o que permitiu o confronto e conferência. Inicialmente os dados quantitativos foram submetidos a estatística descritiva, com distribuição de frequências.

E para o direcionamento da análise qualitativa, selecionou-se quatro itens do BDI sobre sintomas depressivos e consequência individuais/coletivas, mais observados nos estudos sobre depressão. Posteriormente, optou-se em reagrupar os 40 participantes selecionados para o estudo, em dois grupos de igual tamanho ($n=20$), sendo distribuídos de forma

aleatória, em grupo 1 (G1) e grupo 2 (G2).

Para fins de análise, considerou o conceito de depressão da Classificação Internacional de Doenças, em sua décima versão (CID-10), identificando como um transtorno do humor (afetivo), em que o paciente apresenta rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo⁷.

A característica comum a todas estas perturbações é a presença de tristeza, vazio ou humor irritável, acompanhada de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. O que difere entre as várias perturbações são questões relacionadas com duração, *timing* ou etiologia presumida. O transtorno depressivo pode ser classificado em níveis leve, moderado e grave⁷.

Foram respeitados todos os aspectos éticos em pesquisa, conforme a Declaração de Helsinque. E por se tratar de um grupo sensível, garantiu o sigilo em todas as etapas. Ressalta-se que não

houve discriminação na seleção dos participantes, tampouco a exposição de suas necessidades em saúde. Após esclarecimentos, aqueles que deram o consentimento livre, seguiram-se para as próximas etapas do estudo.

Para a realização deste estudo, a Universidade Jean Piaget de Angola por meio do Departamento de Altos Estudos e Formação Avançada (DAEFA), endereçou uma carta de pedido de autorização ao Diretor do Hospital Ana Paula-Viana, para o desenvolvimento da investigação, recebendo autorização.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 40 pacientes com HIV, sendo 75% solteiros, 80% do sexo feminino e na faixa etária entre 20 a 38 anos. Quanto a profissão, 27% eram estudantes, seguidos por empregadas domésticas (21,6%) e vendedoras ambulantes (18,9%). Em relação a origem, prevaleceu Vila de Viana e Capalanga, ambas com 29,1% (Tabela 1).

Em relação aos níveis de depressão, prevaleceu leve a moderada para ambos os sexos e estado civil. Destaca-se que todos os participantes apresentaram algum nível de depressão (Tabela 2).

A apresentação das categorias selecionadas do BDI para o aprofundamento analítico, foram nomeadas em sintomas depressivos e consequência individuais/coletivas.

As categorias referentes aos sintomas depressivos correspondem aos itens 1, 9, 10 e 11 do BDI. Já, as categorias referentes as consequência individuais/coletivas correspondem aos itens 2, 3, 4 e 13 do BDI.

No item 1: Sente-se triste? afirmaram que estão sempre tristes ($n=5$) e não conseguem sair disto ($n=3$). Além da tristeza ou infelicidade não conseguem suportar a angústia ($n=12$).

No item 9: Tem chorado? a maioria alegou não chorar ($n=7$), seguidos daqueles que quase sempre choram ($n=5$). Deste universo, alguns verbalizaram ter consciência de que os choros não os levará a ter vida que levavam antes desta realidade [sua condição clínica] ($n=5$).

No item 10: Sente-se irritado? prevaleceu participantes que agora se sentem irritados o tempo todo ($n=12$), seguidos de outros que informam não se perceberem mais irritados agora, do que eram anteriormente ($n=5$).

No item 11: Já pensou em tirar a própria vida? expressaram ideias e sentimentos suicidas ($n=7$) e alguns

afirmaram que se matariam se tivessem oportunidade ($n=6$).

Tabela 1 - Dados sociodemográficos. Viana, Angola. ($n=40$)

Variáveis	<i>n</i>	%
Sexo		
Feminino	32	80,0
Masculino	8	20,0
Estado civil		
Solteiro	30	75,0
Casado	8	20,0
Viúvo	2	5,0
Profissão ($n=37$)		
Estudantes	10	27,0
Empregadas domésticas	8	21,6
Vendedoras ambulantes	7	18,9
Enfermeiras	6	16,2
Militares	4	10,8
Professores	2	5,5
Município de residência ($n=24$)		
Vila de Viana	7	29,1
Capalanga	7	29,1
Zango	5	20,9
Estalagem	5	20,9

Tabela 2 - Classificação da depressão (BDI) por sexo e estado civil. Viana, Angola. ($n=40$)

Classificação	Feminino <i>n</i> (%)	Masculino <i>n</i> (%)	Solteiro <i>n</i> (%)	Casado <i>n</i> (%)	Viúvo <i>n</i> (%)
Leve a moderada	25(62,5%)	4(10,0%)	21(52,5%)	7(17,5%)	1(2,5%)
Moderada a severa	4(10,0%)	3(7,5%)	5(12,5%)	1(2,5%)	1(2,5%)
Severa	3(7,5%)	1(2,5%)	2(5,0%)	1(2,5%)	1(2,5%)
Não deprimido	-	-	-	-	-

No item 2: Sente vontade de fazer as coisas como antes do diagnóstico? afirmaram que sentem prazer em tudo como antes ($n=2$). Não sentem mais prazer nas coisas como antes ($n=11$). Não encontram um prazer real em mais pela vida, motivo pelo qual estão insatisfeitos com tudo ($n=7$).

No item 3: Sente-se desanimado com o futuro? majoritariamente

afirmaram que se sentem desanimados quanto ao futuro ($n=18$), ao passo que acham que nada têm a esperar ($n=2$) e, que o futuro é de tristezas, sem esperanças e têm a impressão de que as coisas não podem melhorar ($n=3$).

No item 4: Acha que fracassou? sim, mais do que uma pessoa sem a doença ($n=14$), sendo que, ao olhar para

trás, tudo o que se pode ver é um monte de fracassos ($n=4$).

No item 13: Toma decisões mais ajustadas hoje ou antes? adiam as tomadas de decisões mais do que costumavam ($n=13$), outros alegaram não saber mais o que são decisões para a vida ($n=5$).

DISCUSSÃO

A baixa prevalência de casos de depressão severa observada entre os participantes não indica que os demais estejam livres de progressão a outros níveis ou que conseguirão regredir os sintomas depressivos iniciais. Por outro lado, não podendo ainda confirmar, mas reflexos da pandemia da COVID-19 já pode estar impactando a população africana com HIV, visto que estudo nesse continente identificou panorama superior de transtorno depressivo maior⁸, comparado ao presente estudo.

Os participantes afirmaram que estão sempre tristes ou infelizes, que não conseguem suportar a angústia, com dificuldades na tomada de decisões, e tendo sentimentos de culpa. É comum observar pessoas com HIV, manifestarem um padrão de comportamento menos sociável e com autoestima baixa. Estímulos com esta dimensão,

facilmente podem levar o indivíduo a desenvolver uma situação de crise, com maior realce a depressão. Entretanto, nem todo estado de tristeza deve ser considerado depressão, mesmo a tristeza sendo um dos principais sintomas depressivos⁹.

No Reino Unido, as PVHIV apresentam taxas de incidência mais altas de depressão (15,4 por 1.000 pessoas-ano) e doença mental grave (1,6 por 1.000 pessoas-ano) em comparação com pessoas sem HIV (7-9, 5-0 e 0-6 por 1.000 pessoas-ano, respectivamente)¹⁰. Em São Paulo (SP), há evidências que a presença de depressão/ansiedade (OR = 2,96; 95% CI 1,52-5,77; $P = 0,001$) entre PVHIV se associa a disfunção sexual¹¹. Para homens, em especial, essa última evidência indica que aspectos sexuais em pessoas com HIV também podem ser fatores que geram ou agravam os transtornos depressivos.

A depressão ainda é muito subdiagnosticada entre as PVHIV, porque seus indicadores podem ser confundidos por sintomas físicos da infecção e pela TARV⁹. Aspectos como o sedentarismo, consumo excessivo de álcool, tabagismo e hábitos alimentares também têm sido relacionados à depressão, estilos de vida muito frequentes entre PVHIV^{12,13}.

As pessoas diagnosticadas com HIV podem apresentar fatores associados que contribuem para a alta prevalência de depressão, como isolamento, apoio social prejudicado, medo de revelar o diagnóstico, início tardio da TARV e estresse. Este último está presente durante toda a vida de pessoas com HIV, por vezes, sendo interpretado como comportamento antissocial, indiferente ou nocivo. Diante disso, é necessário reduzi-lo de modo que, estas pessoas passem progressivamente a compreender melhor sua condição clínica, e isso auxilie nos enfrentamentos diários¹⁴.

Na Indonésia, a menção ao suicídio por PVHIV, deve-se sobretudo, a condição de rejeição da comunidade¹⁵, principalmente mulheres com HIV, pois além dos papéis sociais subjugados após o diagnóstico podem ser castigadas pelas leis da própria nação, que traz uma lista de proibições e opressões em relação às práticas sexuais e estilos de vida; visivelmente um contexto em que as ações de educação em saúde em prol da prevenção do HIV não alcançam integralmente os objetivos. Em Taiwan, pacientes de um hospital psiquiátrico com depressão maior tiveram alta mortalidade para suicídio, mas aqueles com emprego (aRR= 0,15, P=0,003) apresentaram menor risco¹⁶, o que no

contexto angolano, parece também ser um fator protetivo para PVHIV, porém não há pesquisas conhecidas sobre o assunto até o momento.

Os achados do estudo também se aproximam da realidade do Rio de Janeiro (RJ), em que um dos primeiros obstáculos após o diagnóstico do HIV é o processo de aceitação e preconceito, que causa grande tristeza e questionamentos sobre a continuidade da vida. Ainda assim, no Brasil, vários jovens com HIV possuem a ideia recorrente que Aids não mata¹⁷, talvez esse contraste de percepções (Brasil vs Angola) se deve justamente pela diferença do cenário epidemiológico dos dois países quanto à mortalidade pela doença, levando a sensação de maior ou menor risco entre os acometidos.

Estudo Sul-Africano recente¹⁸ identificou associação entre o início da depressão e viver em uma comunidade com alta prevalência de HIV, ou seja, países onde o HIV é endêmico, a exemplo de Angola, não há possibilidade de estabelecer cuidados para essas pessoas sem considerar a depressão. Isso ainda constitui uma gravidade maior entre mulheres, gênero que prevalece entre as PVHIV, pois podem passar por condições de maior intensificação da depressão, como durante a gestação¹⁹,

tal qual pesquisa com puérperas vivendo com HIV em Malawi²⁰, em que houve com maior frequência uma aparência triste ou diferente do normal, auto-isolamento, pensar demais e raiva como principais sintomas de depressão.

Outra consequência da depressão entre as mulheres com HIV é a relação direta com a redução na adesão ao TARV. Na indonésia, essas mulheres tomaram 3,64 vezes menos do que outros que não tinham depressão²¹. Com essa constatação, tem-se a certeza que a depressão também interfere na circulação do vírus, uma vez que, a não regularidade da medicação distancia da supressão viral.

Em contraponto, mesmo em países desenvolvidos, como a China, a depressão é significativamente maior entre pessoas soropositivas do que as demais. E essas mesmas pessoas, possivelmente pela sensação de um futuro pouco promissor ou com baixa longevidade, apresentam atitudes negativas ao processo de envelhecimento²². Há que considerar também que a depressão parece ser um preditor significativo de baixo capital social²³, o que pode explicar, entre outros aspectos, a pouca perspectiva desses angolanos quanto ao futuro, e parece ter piorado com a chegada da

pandemia em 2020, segundo residentes de Malanje (AO)²⁴.

Nos Estados Unidos, indivíduos com HIV submetidos a uma modalidade de cuidado colaborativo, tiveram resultados importantes na redução da depressão, e também revelou características de pessoas que tiveram menor remissão de sintomas depressivos, tendo comorbidades psiquiátricas, transtorno de ansiedade, transtorno por uso de substâncias psicoativas e adoção do isolamento²⁵. Tais aspectos reforçam que as intervenções em prol da depressão, surtem efeitos benéficos no tratamento de PVHIV e melhoram a relação com a promoção da saúde e vida, bases elementares para o cuidado dessas pessoas e suas famílias.

Ressalta-se que crenças de estigma do HIV podem prejudicar a dimensão psíquica, e em consequência a tomada de decisões, tanto para comportamentos de risco ligados à prática sexual²⁶ como para manutenção ou iniciação da TARV²⁷, aspectos mais trabalhados nas campanhas de conscientização. Assim, as ações educativas devem extrapolar a centralidade do tema estigma, versando sobre outras barreiras que restringem o bem-estar da PVHIV, com o apoio da mídia de massa, que na África

Subsaariana tem um importante papel entre adolescentes e jovens adultos²⁶.

Como limitações do estudo, não foi verificado quanto a presença de outros familiares com o mesmo diagnóstico no próprio domicílio ou de forma geral. Na análise não foi considerada as particularidades econômicas e nível de escolaridade, variáveis que implicam no acesso aos cuidados em saúde e na compreensão da situação individual de saúde. Ainda assim, o estudo apresentou uma estratégia pouco utilizada para refletir sobre as intervenções de suporte psicoemocionais, a partir das categorias do BDI, o que pode ser viável em realidades, em que não há ou há poucos profissionais especializados, como é o caso dos países africanos.

CONCLUSÃO

A depressão esteve presente em todos os angolanos participantes do estudo, mesmo sem a realização de uma seleção prévia somente com aqueles com evidente alteração psíquica. Embora não tenha prevalecido formas severas (graves) de depressão, a ocorrência de sintomas negativos em variadas esferas da vida podem evoluir, especialmente ao considerar o território estudado,

assolado de desigualdades sociais e de saúde que implicam diretamente na evolução dos casos.

Os achados do estudo poderão subsidiar novas investigações nessa localidade e permitir o planejamento da assistência a partir das manifestações identificadas, com redução de tempo, custos e maior direcionamento de cuidados. Para tanto, ainda é imprescindível que os gestores, em coparticipação com entidades internacionais, por meio de políticas públicas de saúde, percebam os aspectos psíquicos como importantes recursos para a qualidade de vida das PVHIV.

Nesse sentido, ao investir na formação de equipes com olhares para essas especificidades, alguns comportamentos negativos na abordagem e condução dos casos poderão se reduzir, além de minimizar danos maiores que inclui desde ônus para os serviços como impactos às famílias (aspectos sociais e estigmatizantes, necessidades de suprimentos básicos, hospitalizações, inclusão de novas terapias e óbitos precoces - anos perdidos).

Indica-se a realização de estudos futuros, do tipo longitudinais, que consigam estabelecer causa e efeito dos quadros depressivos junto as PVHIV, e ao

mesmo tempo que gerem estratégias personalizadas a cada consulta, momentos de reavaliação/testagens, nas visitas aos serviços de saúde para retirada da medicação, nas atividades de educação em saúde, e conforme demandas apresentadas.

REFERÊNCIAS

1. Ndomba B. Casos de HIV/SIDA aumentam em Angola. Angola; 2020 [acesso em 2022 nov. 10]. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-002/casos-de-hiv-sida-aumentam-em-angola/a-54647354>
2. Trindade FF, Fernandes GT, Nascimento RHF, Jabbur IFG, Cardoso AS. Perfil epidemiológico e análise de tendência do HIV/AIDS. J Health NPEPS. 2019; 4(1):153-165.
3. Pérez-Toriz JE, Nava Navarro V, BáezHernández FJ, Morales-Nieto A, Zenteno-López MA. Hombres homosexuales: conocimiento sobre el VIH y respuestas ante su situación de diagnóstico. J Health NPEPS. 2021; 6(2):202-218.
4. Nedelcovych MT, Manning AA, Semenova S, Gamaldo C, Haughey NJ, Slusher BS. The Psychiatric Impact of HIV. ACS Chem Neurosci. 2017; 8:1432-1434.
5. Coutinho MFC, O'Dwyer G, Frossard V. Tratamento antirretroviral: adesão e a influência da depressão em usuários com HIV/Aids atendidos na atenção primária. Saúde Debate. 2018; 42(116):148-161.
6. Harris TG, Jaszi E, Lamb MR, Laudari CA, Furtado MLM, Nijirazana B, et al. Effects of the Coronavirus Disease 2019 Pandemic on Human Immunodeficiency Virus Services: Findings from 11 Sub-Saharan African Countries. Clin Infect Dis. 2022; 75(1):e1046-e1053.
7. Organização Mundial da Saúde. Depressão. OMS/OPAS; 2022 [acesso em 2022 nov. 10]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>
8. Kagee A, Bantjes J, Saal W, Sterley A. Predicting caseness of major depressive disorder using the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CESD-R) among patients receiving HIV care. Gen Hosp Psychiatr y. 2020; 67:70-76.
9. Nogueira GS, Seidl EMF. Associação entre percepção de doença e ansiedade, depressão e autoeficácia em pessoas com HIV/Aids. Temas psicol. 2016; 24(2):595-608.
10. Gooden TE, Gardner M, Wang J, Chandan JS, Beane A, Haniffa R. The

- risk of mental illness in people living with HIV in the UK: a propensity score-matched cohort study. 2022; 9(3):E172-E181.
11. Scanavino MT, Mori E, Nisida VV, Avelino-Silva VI, Amaral MLS, Messina B, et al. Sexual Dysfunctions Among People Living With HIV With Long-Term Treatment With Antiretroviral Therapy. *Sexual med.* 2022; 10(5):100542.
 12. Barroso SM, Baptista MN, Zanon C. Solidão como variável preditora na depressão em adultos. *Estud Inter Psicol.* 2018; 9(3):26-37.
 13. Reis RK, Castrighini CC, Melo ES, Jesus GJ, Queiroz AAFL, Gir E. Avaliação dos sintomas depressivos somáticos e afetivo-cognitivos de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Acta Paul Enferm.* 2017; 30(1):60-65.
 14. Silva IBN, Ferreira MAM, Patrício ACFA, Rodrigues BFL, Brasil MHF, Nascimento JA. Depressão e ansiedade de pessoas vivendo com HIV. *Rev Contexto Saúde.* 2021; 21(44):322-331.
 15. Sari T, Jannah SR, Asniar, Tahlil T, Susanti SS. Stigma experienced by women living with HIV/AIDS in Aceh province: A phenomenological study. *Enferm Clin.* 2022; 32(2):S62-S65.
 16. Chiu CC, Liu HC, Li WH, Tsai SY. Incidence, risk and protective factors for suicide mortality among patients with major depressive disorder. *Asian J Psychiatry.* 2023; 80:103399.
 17. Gomes M, Barbosa DJ, Tosoli AMG, Souza FBA. Vivenciar e enfrentar o preconceito do HIV no Rio de Janeiro, Brasil. *J Health NPEPS.* 2022; 7(1):e5878.
 18. Asare K, Tomite A, Garrett N, Slotow R, Burns JK, Tanser F, et al. Depression onset and its association with community HIV prevalence: A geospatial and panel analyses of nationally representative South African data, 2015-2017. *J affect disord.* 2022; 10:100433.
 19. Desalegn SY, Asaye MM, Temesgan WZ, Badi MB. Antenatal depression and associated factors among HIV-positive pregnant women in South Gondar zone public health facilities, northwest Ethiopia, a cross-sectional study. *Clin Epidemiol glob health.* 2022; 16:101072.
 20. Harrington BJ, Klyn LL, Ruegsegger LM, Thom A, Jumbe AN, Maliwichi M, et al. Locally contextualizing understandings of depression, the EPDS, and PHQ-9 among a sample of postpartum women living with HIV in

- Malawi. *J J affect disord.* 2021; 281:958-966.
21. Andini S, Yona S, Waluyo A. Self-efficacy, depression, and adherence to antiretroviral therapy (ART) among Indonesian women with HIV. *Enferm Clin.* 2019; 29(2):687-690.
 22. Luo S, Yang X, Wang Z, Qin P, Jiang H, Chen X, et al. Negative attitudes toward aging mediated the association between HIV status and depression among older people in mainland china. *J affect disord.* 2020; 277:1005-1012.
 23. Perazzo JD, Currie J, Davey CH, Lambert J, Webel AR. Depression and social capital in people living with HIV. *J psychiatr ment health nurs.* 2019; 27(1): 54-61.
 24. Mendes C, Contreiras G. Principais transtornos mentais causados pela COVID-19: um estudo feito no município sede de Malanje. *Rev int educ saúde ambient.* 2020; 3(3):16-42.
 25. Lavakumar M, Lewis S, Webel A, Gunzler D, Gurley D, Alsop J, et al. Correlates of depression outcomes in collaborative care for HIV. *Gen Hosp Psychiatr.* 2020; 66:103-111.
 26. Cort DA, Reynolds K, Chakraborty D. HIV stigma beliefs and unprotected sex among teenagers and young adults in sub-Saharan Africa: The moderating role of mass media exposure. *Soc sci med.* 2023; 317:115615.
 27. Vetrova M, Lodi S, Rateau L, Patts G, Blokhima E, Palatkin V, et al. Stigma and ART initiation among people with HIV and a lifetime history of illicit drug use in Saint-Petersburg, Russia-A prospective cohort analysis. *Int j drug policy.* 2022; 102:103600.

Financiamento: Os autores declaram que não houve financiamento.

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Participação dos autores:

- **Concepção:** Mendes CAA, Pedro JD.
- **Desenvolvimento:** Mendes CAA, Pedro JD.
- **Redação e revisão:** Mendes CAA, Pedro JD.

Como citar este artigo: Mendes CAA, Pedro JD. Sintomas depressivos em angolanos com HIV em período pré-pandêmico. *Journal Health NPEPS.* 2022; 7(2):e10698.

Submissão: 25/07/2022
Aceito: 28/11/2022