

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aluno: Wellington Soares de Albuquerque Filho

Aluna: Rosângela Arruda da Silva

Orientadora: Dra. Juliana Monteiro Costa

**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO UTILIZADAS POR GESTANTES EM
SITUAÇÃO DE INFECÇÃO PELO HIV/AIDS**

RECIFE

2015

Wellington Soares de Albuquerque Filho.

Estudante da Graduação do Curso de Psicologia pela Faculdade Pernambucana de Saúde Cpf: 098.508.034-52. E-mail: wellington.psicologia1@gmail.com. Endereço: Rua Vigário João Batista, 119, Cabo de Santo Agostinho-PE. Celular: (81)98557-5470.

Rosângela Arruda.

Estudante da Graduação do Curso de Psicologia pela Faculdade Pernambucana de Saúde. Cpf: 03185553446. E-mail: rosangelarruda2010@hotmail.com. Endereço: Rua doutor Rinaldo Victor Fernandes, 113, Jiquiá. Celular: (81)98804-7913.

Juliana Monteiro Costa.

³Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco; Docente da Graduação e Pós-Graduação da Faculdade Pernambucana de Saúde e Psicóloga do Hospital-Dia do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Cpf: 616.666.103-72 E-mail: jullymc@hotmail.com Endereço: Rua São Salvador, 60, apto 1604, Espinheiro, Recife-PE. Celular: (81)98826-4456.

Ficha Catalográfica
Preparada pela Faculdade Pernambucana de Saúde

A345e Albuquerque Filho, Wellington Soares de

Estratégias de enfrentamento utilizadas por gestantes em situação de infecção pelo HIV/AIDS. / Wellington Soares de Albuquerque Filho; Rosângela Arruda da Silva; orientadora Juliana Monteiro Costa. – Recife: Do Autor, 2015.
73 f.

Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade Pernambucana de Saúde, 2015.

1. Coping. 2. Gestantes. 3. HIV/Aids. I. Costa, Juliana Monteiro orientadora. II. Título.

CDU 616.97:618.3

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Wellington e Aldenice. Amor e apoio incondicional durante todos os momentos da minha vida. A minha companheira Raiza, pelos momentos de descontração e complementariedade durante todo o processo de graduação. A Juliana Monteiro, mestre e amiga, por sempre ter confiado e apoiado de maneira sem igual. A toda minha família pelo suporte e incentivo a cada instante, sempre com palavras gentis, motivadoras e acolhedoras.

Wellington Albuquerque Filho

...

Ao meu pai que sempre foi um exemplo de fortaleza e de integridade, e que me guiou desde meu engatinhar aos meus passos na vida. Mostrou-me os verdadeiros valores si amar e respeitar o outro. A minha mãe que se mostra uma lutadora, que cada momento vivido é um momento vencido.

Rosângela Arruda da Silva

AGRADECIMENTO

A todas as gestantes, que de forma deliberada, compartilharam suas vivências, temores, desejos, medos, preocupações, desafios e angústias. Sem vocês, essa pesquisa não seria possível, nem tão pouco teríamos contato com relatos tão tocantes. É por todas que este trabalho se tornou tão especial. De forma carinhosa, nossos agradecimentos.

A Juliana Monteiro Costa, orientadora, mestre e amiga, por sua paciência, apoio e incentivo durante todo o percurso da nossa graduação. Um exemplo de humildade e integridade, demonstrados em cada momento. Suas orientações, dicas e ensinamentos estão arraigados em cada um de nós. Vamos cultivar tudo que você “plantou” em nossas almas de aprendizes: que o conhecimento é bom pra servir, que o caminhar unido é dividir e só com carinho o coração bate feliz. Em um futuro próximo, quando cada um estiver trilhando seu próprio caminho, lembraremos-nos dos momentos marcantes em que tivemos ao lado uma referência, não apenas pela profissional que temos a certeza que é, mas pela pessoa. Deixamos então, o nosso obrigado.

A todos os tutores da Faculdade Pernambucana de Saúde, fundamentais em todo caminha até o presente momento. O empenho de cada um foi essencial para nos tornamos quem nós somos, seja por meio do olhar, acolher, o orientar, o conversar, o motivar, em suma, tudo. A sensação que perpassa é que aprendemos com os melhores, não pela quantidade de informações no seu curriculum Lattes, mas pela postura ética e humana com todos os discentes.

Aos nossos familiares, pela compreensão, acolhimento, paciência e encorajamento. Era prazeroso olhar ao lado e perceber que poderíamos confiar e compartilhar nossos sonhos, medos e desafios.

Aos amigos e colegas, que oportunizaram tantos momentos de risos, brincadeiras e também seriedade nos trabalhos e nos afazeres institucionais. Mesmo frente a fervorosos diálogos, terminamos com o sentimento de que este é um grupo único, singular e ao mesmo tempo plural e eterno. Será a nossa marca futura, pois foi nela que nos constituímos como profissionais.

Ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira e aos profissionais que o compõe, por oportunizar um período de aprendizado tão inestimável, estando sempre ao nosso lado nos apoiando de toda forma possível, tirando dúvida, oferecendo suporte e apoio, possibilitando, assim, que a pesquisa fosse realizada.

Deus, que nos sustentou em momentos desestruturastes, dolorosos e difíceis, mostrando o caminho a se seguir, por meio da paciência, humildade e esperança de que tudo iria dar certo. A presença de Deus foi e é fundamental em nossa trajetória.

EPÍGRAFE

Para as que estão passando, que sejam fortes, que infelizmente ou felizmente a vida segue. A gente tem nossas conquistas, os objetivos, que a gente viveu a vida, correndo atrás de tantas coisas, umas conquistam e outras não, mas que sejam fortes e que pensem e tenham um alvo de conquista, um alvo de não eu não conquistei, eu vou conquistar, eu vou viver. Eu me pego muito nisso, até pelo meu filho, eu penso em terminar os estudos, então pense em terminar os estudos não pense que a vida parou ali. A gente chora, a gente fica triste, mas que continua. Com lágrimas ou não, com risos ou não, tem que continuar. Viva a sua vida. É isso.

Ana (participante da pesquisa)

RESUMO

Cenário: Concebe-se a Aids, ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, como uma patologia grave e atualmente crônica, que pode ser transmitida para todos, independente de cor, raça, gênero, sexualidade, etnia e religião. Observam-se novos casos de mulheres infectadas com o vírus, por conseguinte gestantes também diagnosticadas. O vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) agente infeccioso causador da AIDS, emana estruturas sociais marcadas por preconceito, discriminação e estigma, repercutindo na forma em que o sujeito atribui sentido e significa estar e ser soropositiva. Diante disto, evidencia-se a importância de compreender as estratégias de enfrentamentos utilizadas pelas gestantes diante do diagnóstico de HIV/Aids. **Objetivo:** Compreender as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas gestantes diante do diagnóstico de soropositividade. **Método:** Estudo de natureza qualitativa, realizado no Hospital-Dia do IMIP, Recife. Foi composto por cinco gestantes maiores de 18 anos, que de forma deliberada, decidiram participar. Utilizou-se entrevista semi-dirigida, organizada a partir de roteiro previamente elaborado, composto de perguntas abertas, permitindo abrir espaço para a elaboração discursiva das próprias entrevistadas. A análise respeitou os critérios concebidos por Minayo (2004) envolvendo a Técnica de Análise de Conteúdo, seguindo assim, as fases de pré-análise, exploração do material e interpretação. **Resultado:** Foram elencadas 4 categorias. 1) A gestante acolhida pela equipe; 2) A espiritualidade em gestantes; 3) A família; 4) O filho, um ser, uma vida. **Conclusão:** A pesquisa evidenciou que as estratégias de enfrentamento são os mecanismos que a gestantes soropositivas dispõem para se adaptar a situações adversas, como é o diagnóstico positivo para o HIV.

Palavras-chaves: coping; gestantes; HIV/Aids; estratégias; enfrentamento.

ABSTRACT

Background: The AIDS, also known as Acquired Immune Deficiency Syndrome constitute a biopsychosocial phenomenon that reaches every people, infected or not, being able to express relationship that pervades the individual and social body. In this sense, the vulnerability to infection is not summarizes only risk behaviors or lack of information; she undergoes living conditions and human relations, especially regarding sexuality. Thus, a feature of this epidemic is the heterosexualization and feminization of AIDS covering a large number of pregnant women. **Objective:** Understanding the psychological impact of the diagnosis of HIV/AIDS in pregnant women followed and treated at the SAE of Hospital-Dia in the Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), Recife, Brazil. **Methods:** will accomplished a qualitative study, from July 2014 to July 2015. The study population will consist of 10 pregnant women positive to HIV over 18 who are at monitoring/treatment in the SAE of Hospital-Dia in the IMIP at the year 2014. For the research will use a semi-directed interview, in other words, organized from a previously prepared script, composed of open questions allowing open space for the discursive elaboration of the interviewees themselves. **Result:** They were interviewed five pregnant women aged 23 to 32 years, and listed four categories. 1) Pregnant women hosted by the team; 2) Spirituality in pregnant women; 3) family; 4) The child, a being, a life. **Conclusion:** The research showed that the coping strategies are the mechanisms that HIV-positive pregnant women have to adapt to adversar situations, as is the positive diagnosis for HIV.

Keywords: HIV / AIDS; psychic repercussions; pregnant women; mother-child relationship; family repercussions; social repercussions.

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	13
II. JUSTIFICATIVA	18
III. OBJETIVO	19
3.1 Objetivo Geral	19
3.2 Objetivos Específicos	19
IV. MÉTODO	20
3.1. Desenho do estudo	20
3.2. Local do estudo	20
3.3. Período do estudo	20
3.4. População do estudo	20
3.5. Critérios de elegibilidade	21
3.6. Coleta de dados	23
3.7. Instrumento de coleta de dados	23
3.8. Processamento e análise dos dados	22
3.9. Aspectos éticos	22
V. RESULTADO	24

VI. CONCLUSÕES	47
VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
APÊNDICE 1	52
APÊNDICE 2	55
ANEXO 1	58
ANEXO 2	59

Lista de Abreviaturas e Siglas

AIDS*	Síndrome da imunodeficiência Adquirida
HIV*	Vírus da imunodeficiência humana
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
IMIP	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
FPS	Faculdade Pernambucana de Saúde
MS	Ministério da Saúde
UNAIDS*	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

I. INTRODUÇÃO:

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) é a patologia proveniente do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), agente infeccioso que emergiu no cenário nacional e internacional por volta década de 80. É considerado como uma pandemia pelo seu notório poder de disseminação, partindo das grandes metrópoles, como São Paulo e Rio de Janeiro, até os interiores, fenômeno nomeado como interiorização do HIV¹.

O vírus caracteriza-se por um conjunto de sinais e sintomas atribuídos a queda das taxas dos linfócitos T CD4+ que tem a função de proteger o corpo de doenças oportunistas². Com a diminuição e deterioração do sistema imunológico o sujeito fica vulnerável a quaisquer doenças, o que pode ocasionar em sua morte^{2, 3}. Diversas são as formas de contágio, podendo citar a relação sexual, o contato com sangue infectado e da mãe para o bebê (também chamado de transmissão vertical)^{3,4}.

De acordo com a forma com que se alastrou observou-se que existiam prevalência de transmissão em algumas populações específicas, estes foram conceituados, naquele momento histórico, como grupo de risco, fazendo parte os homens com práticas homossexuais, os usuários de drogas injetáveis, hemofílicos e profissionais do sexo³.

Tal conceituação foi veemente criticada pelos movimentos sociais, devido a uma cadeia de julgamentos errôneos que foram gerados, desencadeando assim, efeitos prejudiciais que perpassaram o estigma, a discriminação e o isolamento das pessoas que faziam parte destes grupos^{3, 5}. Em virtude das críticas supracitadas houve uma mudança

no conceito dos grupos de risco por volta dos anos de 1985 a 1988. Com a finalidade de transformar a concepção feita acerca do vírus e suas propriedades foi idealizado o conceito de comportamento de risco, ocasionando mudanças nas estratégias de prevenção da doença para a redução de danos dos usuários de drogas e estímulo ao sexo seguro^{3,5}.

Não obstante, esse conceito também tinha suas limitações e foi repensado, posto que tal comportamento remeta a uma tendência de culpabilização dos indivíduos uma vez que “a adoção de comportamentos associados à maior chance de exposição à infecção não se relaciona estritamente a vontade do indivíduo”³.

Entendendo-se de forma mais aprofundada os aspectos epidemiológicos, sociais, psicológico e político proveniente da doença, foi desenvolvido a ideia de vulnerabilidade ao HIV^{3,4,6}. Esse conceito considera as influências dos determinantes sociais e culturais que tornam o indivíduo e os grupos suscetíveis a adquirir o vírus. Segundo o Boletim Epidemiológico emitido pelo ministério da saúde verificou-se que no território Brasileiro as populações em maiores situações de risco e vulnerabilidade “apresentam maiores prevalência de infecção pelo HIV quando comparadas a população geral”⁷.

Com as mudanças ocorridas em tais níveis, houve também transformações no perfil de transmissão do vírus que envolve a pauperização, cronificação e heterossexualização^{1, 3,6}. Isto significa dizer que no presente momento histórico o grupo de pessoas que aderem ao tratamento, por meio da terapia antirretroviral, apesar de ainda não se curarem da doença, tem maiores chances de continuar suas vidas mesmo infectadas, aumentando a expectativa e qualidade de vida da população, sendo que se

verifica que as maiorias das pessoas em estado sorológico se encontram em situação de vulnerabilidade ao vírus³.

Diante da feminização do vírus (fenômeno caracterizado pelo aumento da prevalência de mulheres infectadas) existiu também um aumento de gestantes infectadas. Segundo o Ministério da Saúde do ano 2000 até 2014 foram notificados 84.558 casos de gestantes infectadas pelo HIV^{1,8}. No cenário de soropositividade para as gestantes, compreende-se que várias são as repercussões a níveis biopsicossociais, abrangendo o significado do processo gestacional, de ser mãe, do desejo de ter o filho, de ser soropositiva, de não poder amamentar, da possibilidade de transmissão para o filho, do preconceito para consigo e para sua prole perante a sociedade e em alguns casos da própria família, como também da morte simbólica experienciada pelo indivíduo^{3, 9,10,11,13}. Villela, Barbosa, Portela e Oliveira¹² citam que, algumas gestantes devido ao diagnóstico, cometem abortos induzidos, visto que por além das mudanças de papéis relacionadas ao ser mãe, existe também o enfrentamento dos mitos e medos advindos da infecção.

Desde sua identificação, mais de 35 milhões de pessoas já perderam suas vidas em decorrência da epidemia¹³, sendo que atualmente, segundo dados da UNAIDS, 34 milhões de pessoas vivem com o vírus até o ano de 2011¹⁴. No Brasil, do ano de 1980 até 2012 foram identificados um total de 656.701 casos de AIDS, destes 253.706 foram registrados como óbito devido à “doença pelo vírus HIV”⁷. Porém nos últimos anos percebe-se uma tendência de estabilidade do vírus em população de 15 a 49 anos. Os dados mais atuais mostrados pelo Ministério da Saúde do ano de 2014 mostram que 734 mil pessoas vivem com o vírus, com média de 39,4 mil casos por ano⁸.

No cenário da gestação, concebida como o período em que o bebê é fecundado, até o seu nascimento, observa-se diversas transformações a nível biológico (aumento das mamas, alargamento do útero e mudanças hormonais) psicológico (variação de humor) e social (mudança de papel social desempenhado pelo feminino)^{5,15}. Em decorrência desse turbilhão de modificação, em um período por volta dos 37 a 41 semanas (variação normal, ou esperada da gestação), a gestante passa por momentos variados, podendo envolver ansiedade, estresse, apreensão, medo, angústia, tristeza, entre outros^{15, 16,17}. Não obstante, estes sentimentos podem ser realçados quando entra em contexto o diagnóstico de HIV/Aids⁹.

Diante do que foi exposto, a literatura aponta que as gestantes utilizam estratégias de enfrentamento (coping), frente ao impacto da notícia¹⁷. Esta é compreendida como o recurso utilizado pelo sujeito para se adaptar a situações e circunstâncias adversas e estressantes. Segundo Lazarus e Folkman (1984 apud Antoniazzi, Dell'aglio e Bandeira, 1998)¹⁸ o coping se caracteriza como o “conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizados pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas”. Isto implica dizer que as ações envolvidas ao acervo do coping, podem ser "aprendidas, usadas e descartadas" de forma deliberada¹⁸. Para Folkman e Lazarus (1980 apud Antoniazzi, Dell'aglio e Bandeira, 1998) ¹⁸ este se entrelaça a quatro conceitos fundamentais. 1) a interação entre o indivíduo e o ambiente são essenciais para o coping; 2) tem função de administrar os momentos de estresse, não de domar ou controlar; 3) constitui na forma em que o sujeito avalia, percebe e interpreta o fenômeno; 4) Constitui-se pela mobilização do indivíduo em apreender esforços a nível cognitivo e comportamental, objetivando

minimizar, reduzir, administrar e/ou tolerar as demandas externas/internas emergente devido a relação estressante com fatores provenientes do ambiente.

Diante disto, toma-se como primordial compreender as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas gestantes diante do diagnóstico de soropositividade, visto que seu entendimento favorece a atuação do profissional e equipe de saúde, frente a gestante HIV + e seus familiares. Desta forma essa pesquisa teve como finalidade Compreender as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas gestantes diante do diagnóstico de soropositividade¹⁹.

II. JUSTIFICATIVA

O interesse na pesquisa surgiu de uma das experiências oportunizadas no curso de graduação na Faculdade Pernambucana de Saúde, mais precisamente no segundo período. Foi possível, nesse sentido, vivenciar na prática observacional no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) do Hospital-Dia do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) os desafios, medos, angústias e temores das pessoas que vivenciam diariamente o ser soropositivo (a). A literatura demonstra novos casos de mulheres que no processo gestacional receberam o diagnóstico, emergindo então as questões que foram o norte do projeto PIBIC: maternidade em situação de infecção pelo hiv/aids: um estudo sobre as repercussões psíquicas de gestantes; e do TCC: estratégias de enfrentamento utilizadas por gestantes em situação de infecção pelo hiv/aids.

Desta forma, compreende-se que a gravidez é um período vinculado a diversas transformações a nível social (mudanças de papel), biológico (transformações físicas e orgânicas) e psicológico (alterações no humor). Estes aspectos podem se acentuar com o impacto do diagnóstico de soropositividade que emana as concepções sociais deste fenômeno, perpassando o preconceito, a discriminação, a culpa e o medo acerca da sua própria saúde e de sua prole, de modo que compreender as estratégias de enfrentamento utilizadas por essas mulheres favorecem a atuação da equipe de saúde junto a essas pacientes e à família.

III. OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL:

- Compreender as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas gestantes diante do diagnóstico de soropositividade.

3.2 OBJETICO ESPECÍFICO:

- Conceituar estratégias de enfrentamento;
- Identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas gestantes soropositivas;
- Analisar as estratégias de enfrentamento como possíveis fontes de adaptação diante do diagnóstico de HIV+ na gestação.

IV. MÉTODO

4.1 DESENHO DO ESTUDO:

Estudo de natureza qualitativa, centrado na expressão da subjetividade das gestantes soropositivas.

4.2 LOCAL DO ESTUDO:

O estudo realizado no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) do Hospital-Dia do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), na cidade do Recife.

4.3 PERÍODO DO ESTUDO:

O estudo foi realizado no ano de 2015. O projeto caracteriza-se como um braço da pesquisa PIBIC CNPQ-IMIP “MATERNIDADE EM SITUAÇÃO DE INFECÇÃO PELO HIV/AIDS: UM ESTUDO SOBRE AS REPERCUSSÕES PSÍQUICAS DE GESTANTES”, subsidiando uma maior compreensão da gestante diante da infecção.

4.4 POPULAÇÃO DO ESTUDO:

A população do estudo foi composta por gestantes soropositivas maiores de 18 anos atendidas e acompanhadas no SAE do Hospital-Dia do IMIP.

4.5 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE:

4.5.1 INCLUSÃO:

Gestantes maiores de 18 anos acompanhadas e em tratamento no Hospital-dia do IMIP. As participantes do estudo deveriam ter descoberto o vírus HIV no processo gestacional.

4.5.2 EXCLUSÃO:

Gestantes menores de 18 anos. Gestantes que já sabiam do diagnóstico de soropositividade antes da gravidez. Pacientes que haviam sido desligadas do tratamento, como também aquelas que possuísem um comprometimento mental que inviabilizasse a compreensão das narrativas.

4.6 COLETA DE DADOS:

Os dados foram coletados nos dias em que as gestantes estavam presentes no Hospital-Dia do IMIP. Foram também coletados os dados sócios demográficos das participantes.

4.7 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS:

Para a realização da pesquisa foi utilizada uma entrevista semi-dirigida (Apêndice 1), organizada a partir de um roteiro previamente elaborado, composto de perguntas abertas que permitiram abrir espaço para a elaboração discursiva das próprias entrevistadas. Este instrumento permite que a entrevista seja orientada por tópicos, que

são introduzidos pelos pesquisadores, sem que uma ordem rígida necessariamente tivesse que ser seguida. As entrevistas foram realizadas individualmente no ambulatório de Psicologia do Hospital-Dia e foram gravadas mediante da autorização das participantes. Utilizou-se o critério de saturação dos temas, “onde o pesquisador fecha o grupo quando, após as informações coletadas com certo número de sujeitos, novas entrevistas passam a apresentar repetições em seu conteúdo”²¹. Quanto ao critério de escolha das participantes, foi utilizada a amostragem proposital, que também é denominada intencional ou deliberada. Por esse critério, os pesquisadores escolhem deliberadamente as participantes do estudo de acordo com os objetivos do trabalho, desde que possam fornecer as informações referentes ao mesmo.

4.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS:

A análise ocorreu de acordo com a Técnica de Análise de Conteúdo que se desenvolve segundo as fases da pré-análise, exploração do material e interpretação. Consiste “em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”²⁰. Dessa forma, foram levantados os temas predominantes nas falas das participantes e analisados com base na literatura consultada.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS:

O projeto de pesquisa foi elaborado seguindo as normas e diretrizes propostas pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Cada participante foi convidada para participar da pesquisa e somente após a compreensão dos objetivos da pesquisa, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (ANEXO II), a pesquisa foi iniciada. Para os casos em que foram detectados algum

desconforto ou mobilização emocional no momento das entrevistas, foi oferecida a possibilidade de ser atendida no ambulatório de Psicologia existente no mesmo setor da pesquisa. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Pernambucana de Saúde (CEP-FPS), através do CAAE número 32331514.3.0000.5569. A pesquisa teve a autorização da responsável do Hospital-Dia do IMIP, assinalada por via da carta de anuência (Anexo 1).

V. RESULTADOS

De acordo com a proposta da Faculdade Pernambucana de Saúde os resultados deste Trabalho de Conclusão de Curso serão apresentados em formato de artigo, embasado nas regras da revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH) (Anexo 2).

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO UTILIZADAS POR GESTANTES EM SITUAÇÃO DE INFECÇÃO PELO HIV/AIDS

Wellington Soares de Albuquerque Filho¹; Rosangela Arruda²; Juliana Monteiro Costa³.

¹ Estudante da Graduação do Curso de Psicologia pela Faculdade Pernambucana de Saúde Cpf: 098.508.034-52. E-mail: wellington.psicologia1@gmail.com. Endereço: Rua Vigário João Batista, 119, Cabo de Santo Agostinho-PE. Celular: (81)98557-5470.

² Estudante da Graduação do Curso de Psicologia pela Faculdade Pernambucana de Saúde. Cpf: 03185553446. E-mail: rosangelarruda2010@hotmail.com. Endereço: Rua doutor Rinaldo Victor Fernandes, 113, Jiquiá. Celular: (81)98804-7913.

³Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco; Docente da Graduação e Pós-Graduação da Faculdade Pernambucana de Saúde e Psicóloga do Hospital-Dia do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Cpf: 616.666.103-72 E-mail: jullymc@hotmail.com Endereço: Rua São Salvador, 60, apto 1604, Espinheiro, Recife-PE. Celular: (81)98826-4456.

Resumo: Cenário: Concebe-se a Aids, ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, como uma patologia grave e atualmente crônica, que pode ser transmitida para todos, independentes de cor, raça, gênero, sexualidade, etnia e religião. Observam-se novos casos de mulheres infectadas com o vírus, por conseguinte gestantes também diagnosticadas. O vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) agente infeccioso causador da AIDS, contém estruturas socialmente construídas marcadas por preconceito, discriminação e estigma, repercutindo na forma em que o sujeito atribui sentido em estar e ser soropositiva. Diante disto, as estratégias de enfrentamento são os mecanismos que as gestantes dispõem para se adaptar a descoberta da gravidez em consonância com o diagnóstico do vírus. **Objetivo:** Compreender as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas gestantes diante do diagnóstico de soropositividade. **Método:** Estudo de natureza qualitativa, realizado no Hospital-Dia do Instituto do IMIP, localizado no estado de Pernambuco. Para a realização da pesquisa foi utilizado uma entrevista semi-dirigida, organizada a partir de um roteiro previamente elaborado, composto de perguntas abertas, permitindo abrir espaço para a elaboração discursiva das próprias entrevistadas. A análise respeitou os critérios concebidos por Minayo (2004) envolvendo a Técnica de Análise de Conteúdo, seguindo assim, as fases de pré-análise, exploração do material e interpretação. **Resultado:** Foram entrevistadas 5 gestantes com idades entre 23 à 32 anos, sendo elencadas 4 categorias. 1) A gestante acolhida pela equipe; 2) A espiritualidade em gestantes; 3) A família; 4) O filho, um ser, uma vida. **Conclusão:** A pesquisa evidenciou que as estratégias de enfrentamento são os mecanismos que a gestantes soropositivas dispõem para se adaptar a situações adversas, como é o diagnóstico positivo para o HIV.

Palavras-chaves: coping; gestantes; HIV/Aids; estratégias; enfrentamento.

Abstract: Setting: conceived to AIDS, or Acquired Immune Deficiency Syndrome, as a serious illness and now chronic, which can be transmitted to all, independent of color, race, gender, sexuality, ethnicity and religion. It is observed new a case of women infected with the virus is therefore also pregnant women diagnosed. The HIV (Human Immunodeficiency Virus) infective agent which causes AIDS, emanates social structures marked by prejudice, discrimination and stigma, reflecting the way in which the subject assigns meaning and means to be and be HIV positive. Given this, it highlights the importance of understanding the strategies confrontations used by pregnant women before the diagnosis of HIV / AIDS. Therefore, the coping strategies are the mechanisms that pregnant women have to adapt the discovery of pregnancy in line with the diagnosis of the virus. **Objective:** To understand the coping strategies used by pregnant women before the diagnosis of seropositivity. **Method:** qualitative study conducted in the Day Hospital of Integrative Medicine Institute Prof. Fernando Figueira (IMIP), located in the state of Pernambuco, Recife. It was composed of five largest pregnant women under 18, who deliberately chose to participate. For the research we used a semi-directed interview, organized from a previously prepared script, consisting of open questions, allowing open space to the discursive elaboration of the interviewees themselves. The analysis complied with the criteria designed by Minayo (2004) involving the content analysis technique, thus following the phases of pre-analysis, material exploration and interpretation. **Result:** They were interviewed five pregnant women aged 23 to 32 years, and listed four categories. 1) Pregnant women hosted by the team; 2) Spirituality in pregnant women; 3) family; 4) The child, a being, a life. **Conclusion:** The research showed that the coping strategies are the mechanisms that HIV-positive pregnant women have to adapt to adversar situations, as is the positive diagnosis for HIV.

Keywords: coping; pregnancy; strategies; Human Immunodeficiency Virus; acquired immunodeficiency syndrome

Introdução

A gestação é concebida como um período que se inicia na concepção do bebê e finaliza no seu nascimento (Papalia & Feldman, 2013). Ocasiona diversas transformações a nível biológico (aumento das mamas, do útero e mudanças hormonais) psicológico (variação de humor) e social (mudança de papel social desempenhado pelo feminino) (Papalia & Feldman, 2013; Bertagnoli, 2012).

Devido a essas intensas modificações durante todo o processo gestacional, a mulher passa por momentos de estresse, ansiedade e medo, sentimentos estes esperados e não de forma específica afetarão o desenvolvimento do bebê (Papalia & Feldman, 2013). Não obstante, estes aspectos podem ser acentuados quando existe nesse cenário o diagnóstico de positividade para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), agente infeccioso causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS).

O vírus foi descoberto na década de 80, demonstrando já na época seu poder de disseminação notório, independente das fronteiras existentes, seja nacional ou internacional (Brito 2001; Bertagnoli, 2012).

Em um primeiro momento afetou, de forma mais acentuada, os homossexuais, hemofílicos, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo, grupos estes que foram estigmatizados como de risco (Faria, 2012). A AIDS naquele momento histórico, foi comparada a doenças epidêmicas da Idade Média, referindo a punição divina para os impuros e promíscuos, sendo chamada de “peste gay” (Bertagnoli, 2012).

O conceito foi revisto, em decorrência das consequências danosas sociais que dele acarretaram, citando-se o preconceito a discriminação e o isolamento de pessoas com características semelhantes aos grupos supracitados.

No decorrer de 1985 a 1988 (Ayres Et. Al, 1999 apud Faria, 2012) esta forma de compreender o vírus, em termos epidemiológicos, dominou o cenário de intervenção e prevenção, porém responsabilizava rigorosamente os sujeitos infectados, deixando ou até negando, os aspectos sociodemográficos relacionados à transmissão (Bertagnoli, 2012). Foi por meio do entendimento das limitações provenientes desses conceitos que foi proposto a ideia de vulnerabilidade ao HIV, considerando a existência de determinantes sociais que deixam indivíduos e grupos suscetíveis a adquirir o vírus (Faria, 2012). Observou-se no passar dos anos mudanças no perfil de transmissão com novos casos de mulheres infectadas por via heterossexual e por consequência gestantes soropositivas.

Do ano 2000 até 2014, segundo dados do Ministério da Saúde (2014), houveram notificações de 84.558 casos de gestantes que foram identificadas como HIV +. Observou-se tendência de incidência, ou seja, novos casos, nos últimos dez anos. O boletim refere que em 2004 fora observado taxa de 2,0 casos para cada mil que nasceram vivos, posteriormente no ano de 2013, passou-se para 2,5, o que indicou aumento de 25,0%. A maioria das mulheres era do Sudeste (41,1%) e Sul (31,1%), não obstante o Sudeste apresenta tendência de queda, de “2,5 de cada mil que nasceram vivos em 2004 para 2,1 em 2013” (MS, 2014).

Como este processo necessita de diversos olhares, o Ministério da Saúde preconiza a importância de cuidado integral no pré-natal, ou seja, bem no início da gravidez. O ideal, segundo o Ministério, é que o casal faça uma consulta pré-

concepcional que seria antes da concepção do feto, ação está ainda não alcançada pela atenção primária. Observa-se que muitas gestações se iniciam sem planejamento familiar que podem estar relacionado com a ausência de orientação ou o não acesso a métodos anticoncepcionais. O fato é que diversos procedimentos e exames médicos devem ser realizados neste período, inclusive o teste de HIV (MS, 2006).

O diagnóstico, nesse sentido, emana conteúdos socialmente construídos, que estão interconectadas com o estigma, preconceito, discriminação e isolamento, compreendidos como as amarras decorrentes da década de 80. As mulheres sentem culpa pela “irresponsabilidade” de adquirir o vírus e medo pela possibilidade de transmissão vertical, ou seja, o processo de infecção que se origina da genitora para o bebê (Faria, 2012). Outra questão que sucinta a temática está vinculada sobre a morte e o morrer.

Segundo Kovács (1992) a morte é um fenômeno universal, para todos (as), porém é uma temática negada, escondida, não nomeada, escamoteada e vinculada a tabus. A morte é mais aceitável quando é direcionada para o outro, diante disto, a soropositividade para o HIV denota que o sujeito não é imune a ela (Kuble-Ross, 2011). A questão que permeia a relação da AIDS com o fenômeno da morte é devido à visão social da morte iminente. Ser HIV + ainda é ter e representar uma sentença de morte (Kovács, 1992).

Segundo Lazarus e Folkman (1984 apud Antoniazzi, Dell’aglio e Bandeira, 1998) o *coping* se caracteriza como o “conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizados pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas” que estão vinculadas a situações estressoras e sobrecarregadas para a pessoa. É válido ressaltar que as estratégias de enfrentamento,

são recursos utilizados em nível consciente, podendo ser utilizadas, aprendidas e rejeitadas (Antoniazzi, Dell'aglio & Bandeira, 1998).

As estratégias de enfrentamento, nesse contexto, se entrelaçam a quatro conceitos fundamentais. 1) a interação entre o indivíduo e o ambiente são essenciais para o coping; 2) tem função de administrar os momentos de estresse, não de domar ou controlar; 3) constitui na forma em que o sujeito avalia, percebe e interpreta o fenômeno; 4) Constitui-se pela mobilização do indivíduo em apreender esforços a nível cognitivo e comportamental, objetivando minimizar, reduzir, administrar e/ou tolerar as demandas externas/internas emergentes devido a relação estressante com fatores provenientes do ambiente.

Diante disto, toma-se como primordial compreender as estratégias de enfrentamento (em inglês, *coping*) utilizadas pelas gestantes frente ao diagnóstico de soropositividade. Buscando entender assim, a forma em que o sujeito, de maneira subjetiva, utiliza estratégias para se adaptar a circunstâncias estressoras ou adversas (Antoniazzi, Dell'aglio & Bandeira, 1998).

Método

Pesquisa de natureza qualitativa com gestantes acompanhadas no Hospital-Dia do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), localizado na cidade de Recife, estado de Pernambuco.

Foram convidadas gestantes soropositivas de forma intencional, respeitando os critérios de elegibilidade. Utilizou-se o critério de saturação que consistiu nos casos em que os pesquisadores, por via da análise dos dados coletados, avaliaram que as informações se repetiam, ou não surgiam novos conteúdos (Turato, 2008).

A entrevista foi individual, semiestruturada com questões abertas. Foi realizada em local reservado, utilizando-se para registrar as falas um gravador apenas posteriormente a autorização das participantes. Desta forma, foi lido e esclarecido as questões que envolviam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O material foi transcrito de modo integral, sendo que seus conteúdos guardados em local seguro e fechado. Os nomes que seguem na pesquisa são fictícios e foram escolhidos pelas gestantes, garantido o sigilo e anonimato das entrevistadas.

Foram elencados os temas principais, transformando-os em categorias, para efeito de análise abrangente e articulada com as falas expressas pelas gestantes. Os dados foram analisados de acordo com a Técnica de Análise de Conteúdos de Minayo (2004).

O projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos na Faculdade Pernambucana de Saúde, por via do CAAE, número 32331514.3.0000.5569.

Resultados e discussão

A faixa etária das participante variou de 23 a 32 anos. Quatro mulheres moravam com o companheiro e uma com membros da família. No que se refere à escolaridade, 3 possuíam 1º grau incompleto, enquanto duas, 2º grau completo. No tocante a atividade laborativas teve-se três gestantes como donas de casa, uma cozinheira e uma como serviços gerais. A questão da espiritualidade e religiosidade se mostrou diversificada, de modo que duas referiram ser católicas, duas evangélicas e a última não tinha religião específica, não obstante possuía fé. O tempo em que o

diagnóstico foi recebido variou de uma semana a cinco meses. Por meio da análise das entrevistas foram elencadas quatro categorias: 1) A gestante acolhida pela equipe; 2) A espiritualidade em gestantes; 3) A família; 4) O filho, um ser, uma vida.

A gestante acolhida pela equipe

A gestante, que vivência as múltiplas faces do processo gestacional, quando recebe o diagnóstico de soropositividade tem os sentimentos potencializados pelo medo, angústia e culpa por ter adquirido o vírus. Desta forma, o diagnóstico é sentido como destruidor, medonho, extremamente triste e remete a finitude da vida, ou seja, ser HIV + é possuir a experiência da “quase morte”.

Acho que foi o pior momento de minha vida (Carla, 28).

Arrasador [...] aquele resultado foi [...] Muito pesado para mim [...] o resultado do soropositivo acabou comigo [...] Vem à sensação de colher, de esta colhendo [...] eu acredito que essa doença mata psicologicamente, por que você vai morrendo aos pouquinhos (Ana, 32).

Horrível. Pior situação [...] quando eu recebi isso, pronto. O mundo caiu [...] quase desmaiei na hora (Vanessa, 24).

Eu chorei muito. Minha família chorou muito [...] eu queria me jogar em um carro (Dida, 23).

Gonçalves, Piccinini (2007) colaboram com a pesquisa sinalizando que a doença possui imaginários sociais que se relacionam às amarras da década de 80, envolvendo o preconceito e estigma. Essa experiência negativa pode culminar em sentimentos de exclusão, rejeição e medo. Segundo Faria (2012) essas questões podem exercer influências negativas e dificultar o início e a adesão ao tratamento.

O Ministério da Saúde (2010) preconiza que é dever da equipe de saúde, oportunizar o acolhimento, aconselhamento, tratamento e acompanhamento à gestante em situação de soropositividade, como também à família. Renesto, Falbo, Souza e Vasconcelos (2014) apresentam que o profissional deve ter a postura de “receber,

escutar e tratar os usuários e suas demandas”, agindo em uma escuta individualizada, ativa e focada nas necessidades e demandas do sujeito.

O acolhimento, nesse contexto, refere-se a uma ação, desprovida de pré-conceitos sociais, tendo como foco principal o cuidado humanizado, atento e sensível ao sujeito que se encontra fragilizado pelo diagnóstico (Araujo, Andrade & Melo, 2011).

Eu fui acolhida [...] O rapaz que fez o exame foi super gente fina. Distraiu eu e meu marido. (Amanda, 27).

Fui bem acolhida [...] me acalmaram [...] me atenderam muito bem [...] Fiquei super tranquila depois que eu sai daqui. To até hoje. (Ana, 32).

Galvão e Paiva (2011) corroboram com o estudo identificando que tanto o acolhimento, como o apoio dos profissionais, oportuniza que a gestante compartilhem seus medos, fantasias, temores e dificuldades.

A literatura refere que existem situações esporádicas de membros da equipe que atuam de forma preconceituosa (Faria, 2012; Renesto, Falbo & Vasconcelos, 2014; Bertagnoli, 2012). Esta questão emerge de modo eminentemente delicado, posto que seja por meio dos profissionais, que a gestante encontrará o caminho necessário para o cuidado de si e da sua prole. Nas gestantes entrevistadas essa questão não surgiu em nenhuma das narrativas.

Tudinho [...] me apoiou. [...] As meninas ficou tudo bem comigo (referindo-se as enfermeiras) (Dida, 23).

Os profissionais, nesse sentido, são concebidos como importantes atores no cenário de estratégias de enfrentamento utilizadas pelas gestantes diante do diagnóstico,

atuando no acolhimento, aconselhamento, orientação, encaminhamento, cuidado, tratamento e acompanhamento do sujeito, bebê e família (Galvão & Paiva, 2011; Renesto, Falbo, Souza & Vasconcelos 2014; MS, 2010).

Eu não sabia de nada [...] o que podia acontecer com o bebê e comigo. [...] eles me atenderam muito bem. Fiquei calma depois.
(Ana, 32)

O Ministério da Saúde (2010) enfatiza que a atitude acolhedora dos profissionais oportuniza a constituição e formação de um vínculo que pode ter repercussão no processo de adesão ao tratamento.

2) a espiritualidade em gestantes

A espiritualidade pode ser compreendida, como a busca do sujeito por significado para os acontecimentos existentes em sua vida (Guimarães & Avezum, 2007). Segundo Santo, Gomes, Oliveira e Marques (2013), esta temática está intimamente ligada à procura por respostas relacionada às perguntas fundamentais que envolvem os significados da existência humana, relacionando-se ao transcendente e ao sagrado. Relaciona-se assim, as indagações do que “transcendem o tangível”, isto é, vai por além de uma explicação científica, tocável e/ou objetiva (Guimarães & Avezum, 2007; Pereira, 2010).

Diferencia-se da religiosidade, embora tenha relação íntima. Esta se refere à composição sistemática dos rituais, cultos, doutrinas, código de condutas, valores, crenças, e símbolos praticados com a finalidade de aproximar o indivíduo do sagrado (Gomes & Oliveira 2013; Guimarães & Avezum, 2007; Pereira, 2010).

Observou-se nas gestantes soropositiva, que a busca para o significado da vida e do processo de saúde/doença, estão alicerçados tanto nas questões da espiritualidade, como também da religiosidade.

Deus mandou meu filho [..]. A minha tia disse “agora isso foi Deus que te mostrou” (referindo-se ao diagnóstico de HIV devido aos testes no pré-natal) (Dida, 23).

Só eu sei né como está por dentro, só a gente e Deus sabe como a gente está por dentro (Vanessa, 24).

De acordo com Galvão e Paiva (2011), ao analisarem as falas representativas de 14 mulheres infectadas pelo vírus, verificaram que a religiosidade contribui, de forma positiva, frente ao enfrentamento da infecção, achado este que entra em consonância com o relato de uma das gestantes da pesquisa.

Eu me apego muito a Deus. Muita fé [...], peço força todo dia. Por que se não for isso acho que a pessoa não fica. (Carla, 28)

Segundo Pereira (2010) as pessoas que possuem crenças religiosas dispõem de mais força diante de situações estressantes. Guimarães e Avezum (2007) ao fazerem uma revisão descritiva, realizaram cruzamento de indicadores entre mortalidade e espiritualidade/religiosidade, percebendo que em populações que tinham alguma influencia dos aspectos anteriormente citados, contavam com menores chances de irem a óbito, demonstrando as características de prevenção deste fenômeno. Santo, Gomes, Oliveira e Marques (2013) analisaram como o aspecto espiritual se relaciona com a adesão aos tratamentos antirretrovirais, indicando que a espiritualidade é um fator importante no cenário de adesão. Esse dado também foi encontrado na fala de Vanessa

(24 anos) quando a participante afirma que orar a Deus, ajudou na adesão ao tratamento de HIV.

Quando eu recaio assim, não dá nem vontade de tomar os remédios, então eu oro a Deus para ter forças [...] Eu estou tomando os medicamentos e vou continuar se Deus quiser, assim não vai dar nada e vou continuar também por ele (referindo-se a não transmissão vertical) (Vanessa, 24).

É observado, portanto, duas questões que perpassam tanto a espiritualidade, como a religiosidade no quesito de estratégias de enfrentamento, que são a fé e a esperança.

Deus é tudo na minha vida [...]. É esperança e fé, e eu tenho esperança que ele me cure, não só a mim como a meu esposo. Dê saúde a minha família. (Amanda, 27).

É por meio da fé, concebida como o ato de acreditar, que a esperança é promovida, permitindo suportar e se adaptar a situações de sofrimento que ameaçam a vida das gestantes (Pereira 2010). A esperança é compreendida como o ato de esperar, objetivando alcançar algo que se almeja ou deseja, como exemplo, a cura ou o nascimento saudável do filho (Santo, Gomes, Oliveira & Marques, 2013; McClement & Chichinov, 2008). Encontram-se assim, intimamente interligados, tendo seu sentido atribuído de forma complementar (Pereira 2010).

Eu queria muito, muito mesmo, ter normal, peço a Deus para ter normal (Vanessa).

Diante disto a espiritualidade apresentara-se como um sustento/amparo psicoemocional, no momento do diagnóstico, na descoberta da gravidez, na adesão ao

tratamento, e no enfrentamento as dificuldades socioculturais provenientes do HIV/Aids.

Na minha vida [...] primeiramente Deus. [...] ler a bíblia me dava conforto, me acalmava. Me sentia leve. [...] Nos momentos de dificuldade o que eu fazia era isso [...] ler muito a bíblia (Amanda, 27).

O que me amparou foi Deus [...] Para mim é Deus, família e trabalho (Carla, 28).

Para superar minhas dificuldades eu me apego a Deus (Vanessa, 24).

3) A família

A família é o primeiro lugar de socialização que tem papel e importância de transmitir valores, regras, normas, leis entre outros. É neste meio que será constituído a cada instante a personalidade do sujeito, influenciando na forma de sentir, agir e se comportar, inclusive nas suas relações com os outros. A família, portanto, é um sistema vivo, em constante mudança, com padrões de funcionamentos próprios, de modo que o que acontece com um dos elementos, afetará o todo. (Grossi 1995 apud Miranda; Vasconcellos 2012).

No contexto de HIV/AIDS, a gestante infectada, como um membro que compõe o sistema familiar, se depara com dificuldades pessoais, familiares e sociais. Após a revelação do diagnóstico, a mulher pode passar a viver momento de angústia, em silêncio profundo, devido ao medo da possibilidade de vivenciar discriminação, violência, preconceito, agressão, rejeição e abandono (Galvão, Cunha & Machado, 2010)

Muita gente tem preconceito. Pensam que pega até no ar, no respirar, muita gente é assim, então eu não digo [...] Por isso só compartilho com algumas pessoas da minha família (Amanda, 27).

Eu tenho que tomar cuidado, suportar aquilo dentro de mim, não posso dizer a elas [...] minha família, mãe e irmãs, se eu contasse um abraço não existiria. Um cheiro não existiria (Ana, 32).

Tenho medo [...] da reação [...] de minha família, (Vanessa,)

Na pesquisa evidenciou-se que algumas das gestantes, acreditam ser melhor ocultar o resultado do diagnóstico de HIV, visando à preservação de si, do seu relacionamento conjugal, familiar e até para proteger sua prole. Galvão, Cunha & Machado (2010) corroboram com a pesquisa sinalizando que frente ao diagnóstico, as mulheres sentem vergonha, temendo serem excluídas e isoladas, decidindo velar o seu estado de saúde.

Não obstante, é observado que a família foi e continua sendo o lócus de suporte, segurança e confiança do sujeito, de modo que o apoio direcionado dos familiares para a gestante atenua os aspectos negativos relacionados ao diagnóstico de soropositividade (Faria, 2012). Segundo Galvão e Paiva (2011) a gestante que tem o apoio da família e de amigos tem melhores respostas na adesão ao tratamento e na adaptação a circunstâncias adversas. Eles são concebidos, muitas vezes, como confidentes de um segredo que não pode ser compartilhado com qualquer pessoa.

Só quem sabe é minha mãe e uma das minhas irmãs. [...] No início elas não queriam acreditar não [...] em seguida elas aceitaram e disseram que eu tinha que me cuidar [...] Quando que elas souberam

que eu sou soropositiva elas estão me dando mais apoio [...] Me sinto mais acolhida agora do que antes. (Carla)

Algumas gestantes elegem e restringem a alguns familiares mais próximos o peso do diagnóstico, como o marido e os filhos, ou membro de famílias extensas, como amigos íntimos, formando assim um pacto de sigilo.

Só quem sabe disso é o meu marido, meu filho e minha patroa, que me ajuda muito (Ana, 32).

As pessoas que sabem são meu companheiro e minha cumadi. [...] Eu desabafo muito com ela (Vanessa).

A presença dos amigos e familiares representa um fator que fortalece e motiva as gestantes a iniciar e continuar com os tratamentos antirretrovirais. De acordo com Faria (2012) frente ao impacto negativo do diagnóstico de HIV/Aids, o apoio dos familiares representa aspecto positivo no processo de adaptação e atenuação dos sintomas psicossociais que este fenômeno ocasiona.

O meu marido me deu um baculejo sabe? "Se oriente, acorde, também não é assim" [...] Eu tenho muito, muito apoio dele [...] eu não esperava que ele fosse me apoiar tanto (Ana, 32).

O sistema familiar, nesse sentido, tem importante papel no processo de apoio a gestante soropositiva, posto que sua presença retrate o não estar sozinha, no enfrentamento a doença. Sinaliza Galvão e Paiva (2011) "o suporte da família e amigos faz o portador do HIV conviver com a infecção com mais coragem e continuar sua vida portando uma doença crônica que exige cuidados como qualquer outra".

4) O filho, um ser, uma vida.

A gravidez, para a mulher, pode refletir expectativas construídas socialmente, emergindo por via de símbolos e fantasias relacionada à saúde, a felicidade e a continuidade da família e conseqüentemente da espécie (Matão, 2014). O processo gestacional, configurado a partir da concepção do feto até o nascimento do bebê, demonstra diversas transformações a nível biológico, psicológico e social, se apresentando como um momento intimamente singular e feminino (Papalia & Feldman, 2013; Galvão, Cunha & Machado, 2010).

Eu sempre quis engravidar, sempre quis ser mãe de ter meu primeiro filho. Era um sonho que eu estou realizando. (Carla, 28).

Em contrapartida o HIV/Aids emerge no imaginário sociocultural, à concepção de morte, de culpa e medo, pela possibilidade real de transmissão do vírus para o filho (Matão, 2014).

Eu só tenho medo assim de passar para o meu filho (Carla, 28)

Minha preocupação é que ela não colha o que eu estou colhendo, por que eu tudo bem. Eu deixei isso acontecer, mas minha filha não tem nada a ver com isso (Ana, 32).

É por perceber e compreender a possibilidade de transmissão vertical (aquela que acontece da mãe para o filho por via da gestação, parto e/ou amamentação) que as gestantes soropositivas decidem se cuidar. Matão (2014) contribui, apontando que é por meio da “esperança que o filho nasça livre do vírus” que as gestantes procuram e aderem ao tratamento. Este processo, nesse sentido, pode se apresentar como um momento de introspecção e de apreensão relacionada à sua própria saúde e a do seu bebê (Matão, 2014; Galvão & Paiva, 2011; Faria 2012).

Para mim o menos mal é que eu recebi essa notícia eu grávida [...] Se eu não tivesse grávida seria o pior [...] seria um pesadelo para mim eu nem sei o que seria capaz eu iria ficar perdida, mas como eu estou grávida tenho que pensar no meu filho e tudo mais (Carla, 28).

Pretendo tomar os remédios, tudo direitinho, até depois de ter ele (Vanessa, 24).

Depois que eu descobri que tinha, comecei a pesquisar como passar para alguém, por que eu não quero passar né, para meu filho (Ana, 32)

Eu tenho medo assim, se meu filho vai pegar né. Tenho medo, mas a enfermeira disse lá do posto que pega não [...] Se tratando pega não (Dida, 23).

O filho pode ser motivador para a adesão ao tratamento. Galvão e Paiva (2011), narram que a presença do filho, repercute no movimento necessário para o autocuidado, posto que emerja um sentimento de responsabilidade para com sua prole.

Eu pensei em me tratar e cuidar do meu filho (Carla, 28).

O bebê em desenvolvimento intrauterino representa a esperança, um alento do aparente desastre do diagnóstico. Cita Galvão, Cunha e Machado (2010) que na iminência de torna-se mãe, as gestantes encontram o estímulo para cuidar de si, sentindo-se capazes a resistirem às adversidades da doença. Desta forma, é por cuidar de si que as gestantes encontram a possibilidade de cuidar do filho.

Considerações finais

Observou-se que O Vírus da Imunodeficiência Humana e a Síndrome da Imunodeficiência adquirida continuam sendo uma das doenças pandêmicas mais letas, caso não haja uma intervenção por via de tratamentos antirretrovirais. Muitos são os sentimentos referidos pela gestante frente da infecção, perpassando o medo, a angústia, a culpa, a desesperança e até mesmo a raiva em decorrência das amarras existentes dos pré-conceitos acerca do vírus. Percebeu-se, desta forma que as gestantes vivenciam uma prisão em si mesma, pela impossibilidade de compartilhar seus anseios, medos e temores acerca de sua saúde.

A pesquisa evidenciou que as estratégias de enfrentamento são os mecanismos que a gestantes soropositivas dispõem para se adaptar a situações adversas, como é o diagnóstico positivo para o HIV. Assim, a equipe, como porta inicial de acolhimento, representa a expectativa e a satisfação de ser bem cuidada; a família surge como o apoio e o sustento necessários diante do sofrimento advindo do diagnóstico; a espiritualidade emerge com base na fé e na esperança de cura, de mudança, de que tudo dará certo; e o filho simboliza a motivação para cuidar de si. É cuidado de si que o filho estará protegido e livre da doença.

Este projeto, portanto, mesmo com as limitações de um estudo que não possibilita a generalização dos resultados, propicia que os profissionais de todas as áreas compreendam o viver humano das gestantes em situação de soropositividade e algumas de suas estratégias utilizadas, apontando para as reflexões sobre a pessoa, a mulher e a gestante, que enfrenta diversos desafios, buscando assim meios para que possa continuar a viver.

Referências

- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., Bandeira, D. R (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. Rio Grande do Sul: Estudos de Psicologia.
- Araújo, M. A. L., Andrase, R. F. V., Melo, S. P (2011). O acolhimento como estratégia de atenção qualificada: percepção de gestantes com hiv/aids em fortaleza, ceará: Revista Baiana de Saúde Pública.
- Bertagnoli, M. S. F. F (2012). Gestantes soropositivas ao HIV: histórias sobre ser mulher e mãe. Tese de doutorado. FFCLRP, Ribeirão Preto, SP.
- Farias, E. R (2012). Relação mãe-bebê no contexto do HIV: investigando as representações maternas da gestação ao segundo ano de vida da criança. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto alegre.
- Galvão, M. T. G., Cunha, G. H., & Machado, M. M. T (2010). Dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do HIV/AIDS. Brasília: Reben.
- Galvão, M. T. G & Paiva, S. S (2011). Vivências para o enfrentamento do HIV entre mulheres infectadas pelo vírus. Brasília: Rev Bras Enferm.
- Gonçalves, Tonantzin. Ribeiro; Piccinini, Cesar. Augusto (2007). Aspectos psicológicos da gestação e da maternidade no contexto da infecção pelo hiv/aids. São Paulo: Psicol. USP
- Guimarães, H. P., Álvaro, A (2007). O impacto da espiritualidade na saúde física. São Paulo: Rev. Psiq. Clín.
- Kovács, M. J (1992). MORTE E DESENVOLVIMENTO HUMANO. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- KUBLER-ROSS, E (2011). **Sobre a morte e o morrer.** (9. ed.). São Paulo: Martinsfontes.

Matão, M. E. L., Denismar, B. M., Freita M. (2014). Entre o desejo, direito e medo de ser mãe. Goiás: Enfermería Global.

McClement, S. E & Chichinov, H. M (2008). Hope in advance cancer patients. European Journal. s. 1, v.44, p.1169-1174.

Minayo, M. C (2004). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. (8.ed). São Paulo: Hucitec.

Ministério da Saúde (2010). Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV. Distrito Federal, Brasília.

Ministério da Saúde (2014, Janeiro). Boletim Epidemiológico - Aids e DST. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

PAPALIA, D. E & FELDMAN, Ruth. D (2013). **Desenvolvimento Humano**. (12. ed.). São Paulo: Artmed.

Pereira, R. C. C (2010). A dimensão da Espiritualidade como estratégia de enfrentamento no diagnóstico positivo de HIV/AIDS em gestantes. Tese de mestrado, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Renesto, H. M. F., Falbo, A. R., Souza, E., Vasconcelos, M. G (2014). Enfrentamento e percepção da mulher em relação à infecção pelo HIV. Recife: Rev Saúde Pública.

Santo, C. C. E., Gomes, A. M. T., Oliveira. D. C (2013). A espiritualidade de pessoas com HIV/aids: um estudo de representações sociais. Rio de Janeiro: Revista de Enfermagem Referência.

Simas, F. B., Souza, L. V., Scorsolini-Comin, F (2013). Significados da gravidez e da maternidade: discurso de primíparas e multiplas. São Paulo: Revista Psicologia: Teoria e Prática.

Turato, E.G (2003). Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. São Paulo: Vozes.

VI. CONCLUSÕES

De modo geral as mulheres perpassam por varias transformações no período gestacional como as mudanças hormonais, corporais, psicológicas, de papeis sociais entre outros. Em decorrência dessas mudanças, as gestantes podem atravessar esse período experienciando sentimentos de ansiedade, estresse e tristeza, aspectos estes esperados, e não necessariamente afetarão o bebê em desenvolvimento intrauterino e sua genitora.

Não obstante, esses sentimentos podem se acentuar quando a mulher recebe o diagnóstico de positividade para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Emerge, nesse sentido, a culpa pela possibilidade de expor o filho a contrair a infecção. As fantasias permeiam durante todo o período de gravidez em relação ao bebê imaginário, como ele deveria ser e ele real, que pode nascer infectado. O diagnóstico, ainda emana o rotulo da morte, a questão do sentimento de finitude diante dos pré-conceitos ao qual o vírus faz parte em termos sociais, pois ser soropositiva ainda está associado à eminencia da morte. Fazendo com que essa relação mãe e feto sejam marcados por diversos temores, inclusive de não poder acompanhar o crescimento do filho e participar dos cuidados com ele.

Diante de todo esse cenário a gestante soropositivo encontra forças e amparo por meio das nas estratégias de enfrentamento que sustentam e motivam a atravessar esse período que podem trazer marcas traumáticas.

Elas se apegam as estratégias como a espiritualidade que a faz acreditar em uma força divina e sobrenatural de um ser todo poderoso e que vai reverter essa situação, lhe dando subsídios nesse momento que pode ser marcado pela solidão.

O filho, pois ele pode representar um planejamento de vida, de uma identidade materna, de novos significados. Com isso, ela passa a se cuidar mais para que a doença não tenha evolução, aderindo ao tratamento e tomando os devidos cuidados para que não aconteça a transmissão vertical.

A família entra como um suporte social a essa gestante em compartilhar o resultado do diagnóstico e compactuar o sigilo, em acompanhar suas constantes idas ao serviço de saúde para realizar o tratamento e exames pré-natais. Com isso, o apoio da família é fundamental na adesão ao tratamento e na saúde e bem estar dela e do bebê.

E a equipe, que é a porta de comunicação, orientação, acolhimento e aconselhamento. O seu papel é fundamental, posto que passe por suas “mãos” a comunicação tanto do diagnóstico, como também da confirmação da gravidez. A forma em que essas notícias são repassadas, influenciam a maneira em que a gestante adere ou não aos tratamentos antirretrovirais. A equipe, para a gestante, é compreendida como uma família extensa, pois sua relação é íntima e como a doença é crônica, essa ligação com o grupo, também se manterá por muito tempo.

Desta forma, compreendeu-se que a gestante, portadora do HIV/AIDS, podem levar consigo sentimentos de medo, angústia, culpa, desprezos, desesperança entre outros. É importante, que a equipe de saúde envolvida nesse caso deve acolher desprendida dos preconceitos ainda existentes na sociedade, buscando compreende-la como outro que demanda cuidado. É possível identificar as estratégias que a gestantes dispõe diante do enfrentamento deste contexto que martiriza e fere, podendo potencializa-los e assim favorecer uma melhor adaptação no cenário de infecção.

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. São Paulo: Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical; 2000 [acesso em 2014 abr]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v34n2/a10v34n2>.
2. Patrolo MAA, Medronho RA. Evolução da contagem de células T CDA+ de portadores de AIDS em contextos socialmente desiguais. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública; 2007 [acesso em 2014 fev]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n8/22.pdf>.
3. Farias ER. Relação mãe-bebê no contexto do HIV: investigando as representações maternas da gestação ao segundo ano de vida da criança [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Programa de pós-graduação em Psicologia; 2012.
4. Ministério da Saúde. Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV: Suplemento III - Tratamento e prevenção. Brasília; 2008.
5. Bertagnoli MSFF. Gestantes soropositivas ao HIV: histórias sobre ser mulher e mãe [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): FFCLRP, 2012.
6. Gonçalves TR, Piccinini CA. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA GESTAÇÃO E DA MATERNIDADE NO CONTEXTO DA INFECÇÃO PELO HIV/AIDS. PSICOL. São Paulo: PSICOL. USP; 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v18n3/v18n3a07.pdf>.
7. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS. Brasília; 2012.

8. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS. Brasília; 2014.
9. Moura EL, Kimura AF, Praça NS. Ser gestante soropositivo para o Vírus da Imunodeficiência Humana: uma leitura à luz do Interacionismo Simbólico. São Paulo: Acta Paul Enferm; 2010 [acesso em 2014 jan 20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/09.pdf>.
10. Matão MEL, Denismar BM, Freita M. Entre o desejo, direito e medo de ser mãe após soropositividade para o HIV. Goiás: Rev Electrónica Trimenst de Enferm; 2014.
11. Galvão MTG, Cunha GH, Machado MMT. Dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do HIV/AIDS. Brasília: Reben; 2010 [acesso em 2014 jan5]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a04v63n3.pdf>.
12. Villela WV, Barbosa RM, Portella AP, Oliveira LA. Motivos e circunstâncias para o aborto induzido entre mulheres vivendo com HIV no Brasil. São Paulo: Ciência e saúde coletiva; 2012 [acesso em 2014 jan 10]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/09.pdf>.
13. Organização das Nações Unidas. A ONU e a resposta à AIDS no Brasil. Brasil; 2012.
14. UNAIDS. GLOBAL REPORT: UNAIDS REPORT ON THE GLOBAL AIDS EPIDEMIC. Geneva; 2012.
15. PAPALIA F. Ruth D. Desenvolvimento Humano. 12. ed. São Paulo: Artmed; 2013.
16. Renesto HMF, Falbo AR, Souza E, Vasconcelos MG. Enfrentamento e percepção da mulher em relação à infecção pelo HIV. Recife (PE): Rev Saúde Pública; 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n1/0034-8910-rsp-48-01-0036.pdf>

17. Galvão MTG. Paiva SS. Vivências para o enfrentamento do HIV entre mulheres infectadas pelo vírus. Brasília: Rev Bras Enferm; 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a06.pdf>.
18. Antoniazzi AS. Dell'Aglio DD. Bandeira DR. O conceito de coping: uma revisão teórica. (1998).
19. Simas FB, Souza LV, Scorsolini-Comin F. Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e múltiparas. Revista Psicologia: Teoria e Prática, São Paulo; 2013.
20. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
21. Turato EG. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. São Paulo: Vozes; 2003.

APÊNDICE 1**Roteiro de entrevista**

Eixos	Perguntas
Impressões Gerais:	Você sabia como se prevenir do vírus? Como aconteceu a transmissão? Você teve suporte da equipe de saúde? Como você chegou ao IMIP? Como você se sentiu em ser atendida pela equipe de Saúde do IMIP?
Gravidez e repercussões na relação mãe x bebê:	O que a gravidez significa para você? Como foi receber o diagnóstico? Quais foram os sentimentos no momento do diagnóstico? Ser soropositiva influenciou seu desejo de ser mãe? Quais preocupações surgiram após o diagnóstico de soropositividade?
Repercussões na família:	Como é a relação entre você e sua família?

Sua família sabe que você adquiriu o vírus? Se sim como ela reagiu?

Se não, quais os motivos para a não comunicação?

O que a sua família conhece sobre HIV/AIDS?

Você tem ou teve apoio familiar?

Ser mãe e ser soropositiva mudou seu relacionamento com sua família?

Repercussões nas

Ser soropositiva mudou sua forma de se relacionar?

relações sociais:

Quais os maiores desafios que você enfrenta em estar grávida e ser mãe soropositiva?

Quais são suas estratégias de enfrentamento perante o HIV?

Dados Sócio-Demográficos

Idade:

Sexo:

Escolaridade

Profissão:

Religião:

Estado Civil:

Com quem reside:

Tempo de diagnóstico:

Tempo que frequenta o Hospital-Dia do IMIP:

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

TÍTULO: MATERNIDADE EM SITUAÇÃO DE INFECÇÃO PELO HIV/AIDS: UM ESTUDO SOBRE AS REPERCUSSÕES PSÍQUICAS DE GESTANTES

Responsáveis: Dra. Juliana Monteiro Costa; Dra. Klaylian Marcela Santos Lima Monteiro; Ms. Priscilla Machado Moraes

Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa intitulada “**Maternidade em situação de infecção pelo HIV/Aids: um estudo sobre as repercussões psíquicas de gestantes**”. O objetivo desse projeto é compreender as repercussões emocionais do diagnóstico de HIV/Aids em mulheres grávidas acompanhadas no SAE do Hospital-Dia do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), Recife, Brasil.

As entrevistas para coleta de dados serão realizadas no dia em que a gestante comparecer ao ambulatório e, no caso de alguma mobilização emocional, você receberá suporte da psicóloga deste setor.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada junto com o pesquisador e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você nem você receberá retorno financeiro pela participação.

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE

Eu, _____ fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. Os pesquisadores Juliana Monteiro Costa, Klaylian Marcela Santos Lima Monteiro, Priscilla Machado Moraes Wellington Soares de Albuquerque Filhocertificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa e não terei nenhum custo com esta participação.

Em caso de dúvidas poderei ser esclarecida pelos pesquisadores responsáveis: Juliana Monteiro Costae Wellington Soares de Albuquerque filho, através dos telefones(81)8826-4456 ou(81) 8726-9503 respectivamente. Endereço Rua dos Coelhos, 300, Boa vista. Ou, ainda, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP, sito à Rua Jean Emile Favre nº 422, Imbiribeira. Tel: (81)30357732 que funciona de segunda a sexta feira no horário de 8:30 às 11:30 e de 14:00 às 16:30 no prédio do Bloco 9, sala 9.1.10 B, 1º andar e pelo e-mail: comite.etica@fps.edu.br

O CEP-FPS objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

 Nome Assinatura do Participante Data

 Nome Assinatura do Pesquisador Data

Nome Assinatura da Testemunha Data

Impressão digital




ANEXO 1**CARTA DE ANUÊNCIA**

Ilma Sra. Gerlane Alves Pontes da Silva
Função: Coordenadora do Hospital-Dia do IMIP

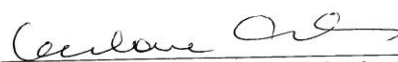
Vimos por meio desta, solicitar autorização institucional para realização do projeto de pesquisa intitulado “MATERNIDADE EM SITUAÇÃO DE INFECÇÃO PELO HIV/AIDS: UM ESTUDO SOBRE AS REPERCUSSÕES PSÍQUICAS DE GESTANTES” coordenado pela pesquisadora Dra. JULIANA MONTEIRO COSTA. O objetivo da pesquisa é COMPREENDER AS REPERCUSSÕES PSÍQUICAS DO DIAGNÓSTICO DE HIV/AIDS EM GESTANTES ACOMPANHADAS E EM TRATAMENTO NO HOSPITAL-DIA DO INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA (IMIP), RECIFE, BRASIL. Ressaltamos que os dados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e serão utilizadas exclusivamente para os objetivos deste estudo. Informamos também que o projeto só será iniciado após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pernambucana de Saúde CEP/FPS.

Recife, 28 de abril de 2014.


Carimbo e Assinatura do pesquisador

Juliana Monteiro Costa
Psicóloga
CRP - 02113200

concordo com a solicitação () não concordo com a solicitação


Carimbo e assinatura do responsável pelo setor

Gerlane Alves P. da Silva
CRM 6461
Coordenadora SAE - Hospital Dia Imip

ANEXO 2

Objetivo e política editorial da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH)

A Rev. SBPH tem como objetivo a publicação de trabalhos originais na área de Psicologia, com ênfase para trabalhos que fazem articulação com as áreas específicas da Psicologia Clínica, Psicologia da Saúde e Psicologia Hospitalar, nas diversas abordagens, de modo a valorizar a interface da Psicologia com as demais Ciências Humanas, Médicas e Sociais.

A revista busca apresentar à comunidade científica textos que reflitam contribuição significativa para a área, inclusive valorizando o aspecto interdisciplinar, e está aberta a contribuições da comunidade científica nacional e internacional.

São aceitos trabalhos que se enquadram nas seguintes categorias: relato de pesquisa, artigo teórico, trabalho de revisão crítica e sistemática de literatura, relato de experiência profissional, carta ao editor, nota técnica e resenhas. Notícias também podem ser publicadas, a critério do Editor.

Passos para submissão

A submissão eletrônica de trabalhos segue dois passos: e-mail de encaminhamento e apresentação formal, descritos a seguir no Passo 1. Os autores serão comunicados imediatamente sobre o recebimento do trabalho e poderão acompanhar o processo de editoração eletrônica utilizando seu nome de usuário e senha. O processo editorial somente terá início com o cadastramento de TODOS os autores no sítio da Revista, com seus respectivos e-mails.

Passo 1: O(a) autor(a) principal envia um e-mail de encaminhamento ao Editor-Chefe (rev.sbph@gmail.com), com cópia para todos os autores:

a) Manifestando seu interesse de submissão do trabalho e apreciação do mesmo pela Comissão Editorial da Rev. SBPH , indicando a categoria à qual o trabalho pertence (relato de pesquisa, artigo teórico, trabalho de revisão crítica e sistemática de literatura científica, relato de experiência profissional, carta ao editor, nota técnica ou notícia);

b) Autorizando o início do processo editorial de seu trabalho, responsabilizando-se pelos aspectos éticos, atestando que o trabalho não fere as normas éticas da profissão;

c) Responsabilizando-se por sua autoria e declarando que todos os autores mencionados participaram do trabalho;

d) Declarando que o trabalho não está tramitando em outro periódico ou em qualquer outro tipo de publicação;

e) Cedendo seus direitos autorais à Rev. SBPH, em caso de publicação.

Esse e-mail substitui a folha de rosto identificada, portanto, deve informar também:

f) título do trabalho em português e em inglês (máximo de 15 palavras);

g) nome e afiliação institucional (nome da instituição por extenso) de cada um dos autores;

h) nomes dos autores como devem aparecer em citações;

i) informação sobre apoio institucional (se houver)

j) informação sobre apoio financeiro (se houver)

k) endereço de correspondência do(a) autor(a) principal com o(a) qual o Editor-Chefe poderá se corresponder (recomendamos que sejam utilizados endereços institucionais);

l) observações, se necessário.

TODOS os autores devem dar ciência à editora-chefe, em resposta ao e-mail do(a) autor(a) principal, de sua concordância com a submissão do trabalho.

Neste e-mail, o(a) autor(a) principal não deve enviar o trabalho como anexo. O trabalho deve ser submetido apenas eletronicamente (conforme Passo 2, descrito abaixo).

Passo 2: Apresentação formal do trabalho. Os textos originais deverão ser submetidos via internet mediante cadastro do(a) autor(a) no site da revista (<http://submission-pepsic.scielo.br/index.php/sbph/>). No caso dos autores de relatos de pesquisa, deve ser anexada uma cópia da aprovação do projeto correspondente por um Comitê de Ética em Pesquisa, quando pertinente. Como a revisão dos trabalhos é cega quanto à identidade dos autores, é responsabilidade dos autores verificarem que não haja elementos capazes de identificá-los em qualquer parte do trabalho, inclusive nas propriedades do arquivo. O e-mail com os dados dos autores não será encaminhado aos consultores ad hoc.

Preparação do trabalho

O trabalho submetido a este periódico não pode ter sido publicado em outro veículo de divulgação (revista, livro, etc.) e não pode ser simultaneamente submetido ou publicado em outro lugar.

1) Normas de Publicação

Todas as submissões de trabalhos devem seguir as Normas de Publicação da APA: *Publication Manual of the American Psychological Association* (5ª edição, 2001), no que diz respeito ao estilo de apresentação do trabalho e aos aspectos éticos inerentes à realização de um trabalho científico. Quando pertinente, a cópia do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa deve ser encaminhada na ocasião da submissão do trabalho, para que se possa dar início ao processo editorial. Os manuscritos devem ser redigidos em português, em inglês, em espanhol ou em francês.

Para um guia rápido em português, consulte *Uma Adaptação do Estilo de Normalizar de Acordo com as Normas da APA*. Para exemplos de seções do manuscrito (em inglês), sugere-se *Psychology With Style: A Hypertext Writing Guide (for the 5th edition of the APA Manual)*.

2) **FORMATAÇÃO**

a) Arquivo e número de página

Os trabalhos devem estar em formato doc e não exceder o número máximo de páginas (iniciando no Resumo como página 1 e incluindo Resumo, Abstract, Figuras, Tabelas, Anexos e Referências, além do corpo do texto) indicado para cada tipo de trabalho aceito, a saber:

- relato de pesquisa, artigo teórico, trabalho de revisão crítica e sistemática de literatura: 15 a 25 páginas.

- Relatos de experiência profissional: 10 a 15 páginas.

- Carta ao editor, nota técnica e resenhas: 3 a 10 páginas.

b) papel: tamanho A4 (21 x 29,7 cm).

c) fonte: Times New Roman, tamanho 12, ao longo de todo o texto, incluindo Referências, Notas de Rodapé, Tabelas, etc.

d) margens: 2,5 cm em todos os lados (superior, inferior, esquerda e direita).

e) espaçamento: espaço duplo ao longo de todo o trabalho, incluindo Folha de Rosto, Resumo, Corpo do Texto, Referências, etc.

f) alinhamento: esquerda

g) recuo da primeira linha do parágrafo: tab = 1,25cm

h) Numeração das páginas: no canto direito superior

i) Cabeçalho de página: as primeiras duas ou três palavras do título devem aparecer cinco espaços à esquerda do número da página.

j) endereços da Internet: Todos os endereços "URL" (links para a internet) no texto (ex.: <http://pkp.sfu.ca>) deverão estar ativos.

k) Ordem dos elementos do trabalho: Folha de rosto sem identificação, Resumo e Abstract, Corpo do Texto, Referências, Anexos, Notas de Rodapé, Tabelas e Figuras. Inicie cada um deles em uma nova página.

3) ELEMENTOS DO TRABALHO

a) Folha de rosto sem identificação: título em português (máximo 15 palavras, maiúsculas e minúsculas, centralizado) e o título em inglês compatível com o título em português.

b) Resumos em português e inglês: Parágrafo com no máximo 200 palavras (relato de pesquisa, artigo teórico, trabalho de revisão crítica e sistemática de literatura) ou 150 palavras (relato de experiência profissional, carta ao editor, nota técnica e resenhas), com o título e o resumo escrito centralizado na primeira linha abaixo do cabeçalho. Ao fim do resumo, listar pelo menos três e no máximo cinco palavras-chave em português (em letras minúsculas e separadas por ponto e vírgula), preferencialmente derivadas da Terminologia em Psicologia, da Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia. O resumo em inglês (abstract) deve ser fiel ao resumo em português, porém, não uma tradução "literal" do mesmo. Ou seja, a tradução deve preservar o conteúdo do resumo, mas também adaptar-se ao estilo gramatical inglês. Rev. SBPH tem, como procedimento padrão, fazer a revisão final do abstract, reservando-se o direito de corrigi-lo, se necessário. Isto é um item muito importante de seu trabalho, pois em caso de publicação estará disponível em todos os indexadores da revista. O abstract deve ser seguido das keywords (versão em inglês das palavras-chave).

c) Corpo do Texto: Não é necessário colocar título do manuscrito nessa página. As subseções do corpo do texto não começam cada uma em uma nova página e seus títulos devem estar centralizados, e ter a primeira letra de cada palavra em letra maiúscula (por exemplo, Resultados, Método e Discussão, em artigos empíricos). Os subtítulos das subseções devem estar em itálico e ter a primeira letra de cada palavra em

letra maiúscula (por exemplo, os subtítulos da subseção Método: Participantes, ou Análise dos Dados).

As palavras Figura, Tabela, Anexo que aparecerem no texto devem ser escritas com a primeira letra em maiúscula e acompanhadas do número (Figuras e Tabelas) ou letra (Anexos) ao qual se referem. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto.

Sublinhados, Itálicos e Negritos: Sublinhe palavras ou expressões que devam ser enfatizadas no texto impresso, por exemplo, "estrangeirismos", como self, locus, etc e palavras que deseje grifar. Não utilize itálico (menos onde é requerido pelas normas de publicação), negrito, marcas d'água ou outros recursos que podem tornar o texto visualmente atrativo, pois trazem problemas sérios para editoração.

Dê sempre crédito aos autores e às datas de publicação de todos os estudos referidos. Todos os nomes de autores cujos trabalhos forem citados devem ser seguidos da data de publicação. Todos os estudos citados no texto devem ser listados na seção de Referências.

Exemplos de citações no corpo do manuscrito:

Os exemplos abaixo auxiliam na organização de seu manuscrito, mas certamente não esgotam as possibilidades de citação em seu trabalho. Utilize o Publication Manual of the American Psychological Association (2001, 5ª edição) para verificar as normas para outras referências.

- Citação de artigo de autoria múltipla:

Artigo com dois autores: cite os dois nomes sempre que o artigo for referido:

Magtaz e Berlinck (2012) referem-se à temática da oralidade na melancolia (...)

A questão da oralidade na melancolia (Magtaz & Berlinck, 2012) (...)

Artigo com três a cinco autores: cite todos os autores só na primeira citação e nas seguintes cite o primeiro autor seguido de et al., data:

Sobre a avaliação do modelo de organização de uma unidade de emergência Santos, Scarpelini, Brasileiro, Ferraz, Dallora e Sá (2013) apontam (...)

Este assunto foi descrito em outro artigo (Santos et al., 2003) (...)

Artigo com seis ou mais autores: cite no texto apenas o sobrenome do primeiro autor, seguido de "et al." e da data.

Porém, na seção de Referências Bibliográficas todos os nomes dos autores deverão ser relacionados.

- Citações de obras antigas e reeditadas

Segundo Foucault (1980/2011) (...)

A respeito da história das práticas institucionais (Foucault, 1980/2011) (...)

Na seção de referências, citar

Foucault, M. (2011). O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Editora Forense. (Trabalho original publicado em 1980)

- Citações diretas

Citações diretas com menos de 40 palavras devem ser incorporadas no parágrafo do texto, entre aspas. Citação com mais de 40 palavras devem aparecer sem aspas em um parágrafo no formato de bloco, com cada linha recuada 5 espaços da margem esquerda. Citações com mais de 500 palavras, reprodução de uma ou mais figuras, tabelas ou outras ilustrações devem ter permissão escrita do detentor dos direitos autorais do trabalho original para a reprodução. A permissão deve ser endereçada ao autor do trabalho submetido. Os direitos obtidos secundariamente não serão repassados em nenhuma circunstância. A citação direta deve ser exata, mesmo se houver erros no original. Se isso acontecer e correr o risco de confundir o leitor, acrescente a palavra [sic], sublinhado e entre colchetes, logo após o erro. Omissão de material de uma fonte original deve ser indicada por três pontos (...). A inserção de material, tais como comentários ou observações devem ser feitos entre colchetes. A ênfase numa ou mais palavras deve ser feita com fonte sublinhada, seguida de [grifo nosso].

Atenção: Não use os termos apud, op. cit, id. ibidem, e outros. Eles não fazem parte das normas da APA (2001, 5ª edição).

d) Referências Bibliográficas

Inicie uma nova página para a seção de Referências Bibliográficas, com este título centralizado na primeira linha abaixo do cabeçalho. Apenas as obras consultadas e mencionadas no texto devem aparecer nesta seção. Continue utilizando espaço duplo e não deixe um espaço extra entre as citações. As referências devem ser citadas em ordem alfabética pelo sobrenome dos autores, de acordo com as normas da APA (veja alguns

exemplos abaixo). Utilize o *Publication Manual of the American Psychological Association* (2001, 5ª edição) para verificar as normas não mencionadas aqui.

Em casos de referência a múltiplos estudos do(a) mesmo(a) autor(a), utilize ordem cronológica, ou seja, do estudo mais antigo ao mais recente. Nomes de autores não devem ser substituídos por travessões ou traços.

Exemplos de referências:

- Artigo de revista científica

Rosa, M. D. (2013) *Psicanálise implicada: vicissitudes das práticas clinicopolíticas*. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, 41, 29-40.

- Artigo de revista científica paginada por fascículo

Proceder de acordo com o indicado acima, e incluir o número do fascículo entre parênteses, sem sublinhar, após o número do volume.

- Artigo de revista científica editada apenas em formato eletrônico

Maia, M. V. M., & Pinheiro, N. N. B. (2008, maio) Um mundo arcaico de vastas emoções e pensamentos imperfeitos: reflexões sobre sonhos e atos agressivos na adolescência. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology On Line*, 5(1). Recuperado em 12 de novembro, 2013, de www.fundamentalpsychopathology.org

- Livros

Moretto, M. L. (2001). *O que pode um analista no hospital?* São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Capítulo de livro

Albert, S. (2006). A estrutura e as redes em psicanálise. In S. Albert & A. C. Figueiredo (Orgs.), *Psicanálise e saúde mental: uma aposta* (PP. 83-100). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

- Obra antiga reeditada em data posterior

Nietzsche, F. W. (2006). *Introdução à tragédia de Sófocles*. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1870)

- Trabalhos inseridos em coletânea de obras de um autor

Freud, S. (1969a). Além do princípio de prazer. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão trad., V.18, pp. 13-75). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920)

Freud, S. (1969b). O ego e o id. In S. Freud, *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. (J. Salomão trad., V.19, pp. 15-85). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923)

- Autoria institucional

Ministério da Saúde (2012). *Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ*. Brasília, DF: Editora MS.

- Trabalho publicado em anais, resumos, e outras publicações de eventos

Dunker, C. I. L. (2006) *Elementos para uma Metapsicologia do Corpo*. Anais do II Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental: Belém, PA. São Paulo: Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental.

- Teses ou dissertações

Nogueira, L. C. (1972). Contribuição ao estudo do inconsciente freudiano. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

- Documentos legislativos

Lei n. 10.216 (2001, 06 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República.

e) Anexos

Devem ser evitados sempre que possível, e acrescentados somente se contiverem informações consideradas indispensáveis, como testes não publicados ou descrição de equipamentos ou materiais complexos. Os Anexos devem ser apresentados cada um em uma nova página. Os Anexos devem ser indicados no texto e apresentados no final do manuscrito, identificados pelas letras do alfabeto em maiúsculas (A, B, C, e assim por diante), se forem mais de um.

f) Notas de rodapé

Devem ser evitados sempre que possível, no entanto, se não houver outra possibilidade, devem ser indicadas por algarismos arábicos no texto e apresentadas após os Anexos. O título (Notas de Rodapé) aparece centralizado na primeira linha abaixo do cabeçalho. Recue a primeira linha de cada nota de rodapé em 1,25cm e numere-as conforme as respectivas indicações no texto.

g) Tabelas

Devem ser elaboradas em Word (.doc) ou Excel. No caso de apresentações gráficas de tabelas, use preferencialmente colunas, evitando outras formas de

apresentação como pizza, etc. Nestas apresentações evite usar cores. Cada tabela começa em uma página separada. A palavra Tabela é alinhada à esquerda na primeira linha abaixo do cabeçalho e seguida do número correspondente à tabela. Dê um espaço duplo e digite o título da tabela à esquerda, em itálico e sem ponto final, sendo a primeira letra de cada palavra em maiúsculo. Não devem exceder 17,5 cm de largura por 23,5 cm de comprimento.

h) Figuras

Devem ser do tipo de arquivo JPG e apresentadas em uma folha em separado. Não devem exceder 17,5 cm de largura por 23,5 cm de comprimento. A palavra Figura é alinhada à esquerda na primeira linha abaixo do cabeçalho e seguida do número correspondente à figura. Dê um espaço duplo e digite o título da figura à esquerda, em itálico e sem ponto final, sendo a primeira letra de cada palavra em maiúsculo.

As palavras Figura, Tabela e Anexo que aparecerem no texto devem, sempre, ser escritas com a primeira letra em maiúscula e devem vir acompanhadas do número (para Figuras e Tabelas) ou letra (para Anexos) respectivo ao qual se referem. A utilização de expressões como "a Tabela acima" ou "a Figura abaixo" não devem ser utilizadas, porque no processo de editoração a localização das mesmas pode ser alterada. As normas da APA (2001, 5ª edição) não incluem a denominação de Quadros ou Gráficos, apenas Tabelas e Figuras.

ATENÇÃO: Todo o processo editorial da Rev. SBPH é feito eletronicamente no site <http://submission-pepsic.scielo.br/index.php/sbph/>. Manuscritos

recebidos por correio convencional, fax, e-mail ou qualquer outra forma de envio não serão apreciados pelo Editor-chefe.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO TRABALHO

Os manuscritos recebidos eletronicamente em <http://submission-pepsic.scielo.br/index.php/sbph/> que estiverem de acordo com as normas da revista e que forem considerados como potencialmente publicáveis por Rev. SBPH serão encaminhados pelo Editor-chefe para a Comissão Editorial, que fará o encaminhamento para o Conselho Editorial ou para os avaliadores ad hoc.

Os avaliadores ad hoc poderão recomendar à editora-chefe a aceitação sem modificações, aceitação condicional a modificações recomendadas ou a rejeição do manuscrito, com as devidas justificativas. A identidade dos avaliadores não será informada aos autores dos manuscritos. Os autores terão acesso às cópias dos pareceres dos avaliadores ad hoc, que conterão as justificativas para a decisão do avaliador. O texto encaminhado aos avaliadores não terá identificação da autoria.

Versões reformuladas serão apreciadas pelo Comissão Editorial e pelo Conselho Editorial, que podem solicitar tantas mudanças quantas forem necessárias para a aceitação final do texto. A decisão final sobre a publicação de um manuscrito será sempre do Editor-Chefe. A identidade dos autores poderá ser informada ao Comissão Editorial.

O Comissão Editorial reserva-se o direito de fazer pequenas modificações no texto dos autores para agilizar seu processo de publicação. Casos específicos serão resolvidos pelo Conselho Editorial.

Os autores poderão acompanhar todas as etapas do processo editorial via internet.

No último número de cada ano da revista serão publicados os nomes dos avaliadores ad hoc que realizaram a seleção dos artigos daquele ano, sem especificar quais textos foram analisados individualmente.

Antes de enviar os manuscritos para publicação eletrônica, a Editora-Chefe enviará uma prova para a revisão dos autores. Esta revisão deverá ser feita em cinco dias úteis e devolvida à revista. Caso os autores não devolvam indicando correções, o manuscrito será publicado conforme a prova.

Formulário de autoria e responsabilidade

Título do Artigo: XXXXXXXXXXXXX

Nome Completo dos Autores e E-mails:

XXXXXXXXXXXXX E-Mail: XXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXX E-Mail: XXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXX E-Mail: XXXXXXXXX

Os autores do presente trabalho asseguram que:

a. Todos os autores mencionados acima participaram do trabalho de maneira a poder responsabilizar-se publicamente por ele.

b. Todos os autores revisaram a forma final do trabalho e o aprovaram, liberando-o para a publicação nesta Revista

c. Nem este trabalho, nem outro substancialmente semelhante em conteúdo, já foi publicado ou está sendo considerado para publicação em outro periódico, sob nossa autoria e conhecimento.

d. Este trabalho está sendo submetido à aprovação do Conselho editorial da Revista da SBPH com o conhecimento e a aprovação da instituição e/ou organização de filiação dos autores.

Local e Data

Assinaturas dos autores, na mesma ordem em que constam acima.

Nome completo

Nome completo

Nome completo