

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

**A DIMENSÃO DA ESPIRITUALIDADE COMO ESTRATÉGIA DE
ENFRENTAMENTO NO DIAGNÓSTICO POSITIVO DE HIV/AIDS EM
GESTANTES**

RITA DE CASSIA DE CARVALHO PEREIRA

JOÃO PESSOA
2010

RITA DE CASSIA DE CARVALHO PEREIRA

**A DIMENSÃO DA ESPIRITUALIDADE COMO ESTRATÉGIA DE
ENFRENTAMENTO NO DIAGNÓSTICO POSITIVO DE HIV/AIDS EM
GESTANTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões do Centro de Educação da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de mestre em Ciências das Religiões, Linha de Pesquisa Espiritualidade e Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Maria Coutinho de Sales

**JOÃO PESSOA
2010**

RITA DE CASSIA DE CARVALHO PEREIRA

**A DIMENSÃO DA ESPIRITUALIDADE COMO ESTRATÉGIA DE
ENFRENTAMENTO NO DIAGNÓSTICO POSITIVO DE HIV/AIDS EM
GESTANTES**

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^ª Dr^ª Ana Maria Coutinho de Sales (UFPB)
(Orientadora)

Prof^ª Dr^ª Suenny Fonsêca de Oliveira (FIP)
(Segundo Membro)

Prof. Dr. Severino Celestino da Silva (UFPB)
(Terceiro Membro)

Prof^ª Dr^ª Neide Miele (UFPB)
(Suplente)

DEDICATÓRIA

A minha mãe Antonia que, alimentada pela saudade e fortalecida pelas fortes lembranças jamais esquecidas, que sonora e suavemente me acalentaram enquanto com carinho zelava, vigiava e cuidava como um barro nas mãos do oleiro, a gestação deste presente que tanto me elevou espiritualmente: o mestrado. Logo, minha mãe, embalo este presente e a ti dedico.

A Simeão, meu pai, por tanto zelo; peço perdão pelas minhas frequentes ausências que com seus 82 anos não conseguia entender.

A Camila e Ramon, meus filhos. Para eles, todo o meu amor.

Às gestantes, mulheres guerreiras que me confiaram seus mais íntimos segredos, fragilidades, dores, sofrimentos e a angústia e medo de sua finitude. Meu eterno reconhecimento por darem sentido à minha existência, quando pensavam ser eu a possibilitar sentido às suas vidas. Que os benefícios da espiritualidade lhes sirvam de forma perene e sustentável quando por ventura encontrar as pedras que, no caminho natural de suas vidas, terão que as retirar. A elas, minhas reverências que, mesmo envolvidas no mar revolto de lágrimas e do silêncio da dor da alma rompidos pelas notas desafinadas do som dos soluços, descortinam um dos mais nobres sentimentos de um ser humano, a solidariedade, ao se disporem contribuir para a realização deste estudo. “Se é para ajudar a outras pessoas, eu aceito”; disse uma delas.

AGRADECIMENTOS

A Deus, amigo de todas as horas com quem mantenho uma relação de amor, respeito, de esperança e alegria, desde tenra idade, quando a minha consciência ainda pueril o percebera como dono da minha vida.

Aos meus netos Rocha Filho e Luis Eduardo, por parecer entenderem o porquê da minha ausência.

Às minhas inesquecíveis avós Chiquinhas, que me apresentou a prática do cuidar, da generosidade, da caridade. Uma voltada para e exclusivamente à religião; e a outra, para as práticas místicas, espirituais e religiosas. Embora sob o efeito da memória afetiva, sentindo o sabor da emoção e da saudade, percebo, de súbito, quão eram nelas desenvolvidas a espiritualidade. Chego à conclusão de que meu respeito pela pluralidade religiosa deveu-se ao meu agradável e intenso convívio com essas duas figuras ilustres, para quem o médico era Deus e os remédios, chás e orações.

A meus irmãos Simeão Filho, Fátima, Graça, Ramos e Fernando, pelos calorosos incentivos.

Aos meus sobrinhos pelo carinho recebido.

A minha orientadora Dr^a Ana M^a Coutinho; a Dr^a Suenny Fonsêca de Oliveira e ao Prof. Dr. Severino Celestino da Silva que com dedicação e competência participam da concretização do meu sonho.

A todos do SAE/MI pela compreensão das minhas ausências e pelos incentivos recebidos.

Às minhas amigas do Centro de Educação, especialmente às do NEDESP.

À todos e a todas que me fizeram companhia nesta gratificante caminhada.

A Gilvando ou GIL por me apresentar o mestrado em ciências das religiões. Que, pelo seu entusiasmo e insistente incentivo, encontro-me submetendo ao título de mestre.

A meus colegas de turma, pela convivência fraterna e os conhecimentos partilhados. Saudades.

Ao Mestrado, pelo acolhimento e pela luta diária para o sucesso efetivo e sustentável deste programa.

A Fátima que cuidou de mim, da minha casa, da minha família com muito zelo e carinho.

A todos e a todas que me fizeram companhia nesta gratificante caminhada.

*“A falsa ciência afasta o homem de Deus ,
a verdadeira ciência faz o homem se curvar diante d’Ele”.*

(Voltaire)

RESUMO

Este estudo pretendeu analisar a dimensão da espiritualidade como uma estratégia de enfrentamento utilizada pelas gestantes atendidas no Serviço de Assistência Especializada Materno Infantil - SAE/MI frente ao diagnóstico soropositivo para HIV/AIDS, do Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW de João Pessoa da Universidade Federal da Paraíba. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratório, do tipo estudo de caso, com amostra de 08 gestantes infectadas que descobriram o diagnóstico de HIV/AIDS no pré-natal. Utilizou-se como instrumentos para coleta de dados um roteiro de entrevistas semi estruturadas, contendo 09 questões que analisou o impacto do diagnóstico soropositivo para o HIV/AIDS, incluindo as questões biodemográficas e um questionário composto por duas escalas: Escala de Religiosidade e enfrentamento a problema de saúde e Escala de satisfação com a vida e de espiritualidade. A análise dos dados das entrevistas foi realizada pela Análise de Conteúdo Temática de Bardin (1977) e o questionário foi tratado através do pacote estatístico SPSS (Statistics Package for Social Sciences) versão 16.0. Os resultados obtidos mostraram que 87,5 % das gestantes infectadas vêm de uma união estável e frequentaram o ensino fundamental incompleto; 75 % apresentou-se como católicas; 37,5 % descobriu o diagnóstico no final da gestação (08 meses). Observou-se também que 75 % afirmou práticas religiosas privadas em seu cotidiano; onde rezar, orar e louvar foram constatados como as mais frequentes pelas gestantes, e que 75 % delas concorda com que ir à igreja/Centro/Reunião/Templo influenciou-as a mudarem conceitos e práticas em suas vidas. Na análise das entrevistas com gestantes, emergiram sete categorias que abordou temáticas diferentes, são elas: 1) Conhecimento sobre HIV/AIDS, 2) Sentimento perante a descoberta do HIV/AIDS, 3) Sentimento atual, 4) Relação da família com o diagnóstico da gestante, 5) Preocupação atual, 6) Enfrentamento ao HIV/AIDS e 7) Crenças sobre si antes do diagnóstico. Ressalta-se que algumas categorias se subdividem ainda em subcategorias. Observou-se que a fala das gestantes representaram, por um lado, o conhecimento sobre o HIV/AIDS; e, por outro lado, a falta de conhecimento da doença. As gestantes apresentaram predominantemente emoções negativas bem como demonstraram oposição de sentimentos com relação à aceitação do diagnóstico positivo para o HIV/AIDS. Embora, por outro lado, apareça gestantes que se conformaram com o diagnóstico pra o HIV. Apresentaram a participação e o apoio da família à grávida no momento do diagnóstico soropositivo para o HIV/AIDS; Em muitos casos a revelação do diagnóstico é temida pela gestante; Observaram-se inquietações envolvendo, em primeiro lugar, a preocupação com o bebê e a aflição por si mesma e sua condição soropositiva e pelo cuidado com a família; Devido a variedade de elementos de suporte utilizados pelas gestantes soropositivas, esta categoria foi subdivida em subcategorias “Suporte Religioso”, “Suporte Familiar”, “Suporte da Equipe de Saúde do SAE/MI” e “Outros suportes”. No tocante as crenças das gestantes sobre si antes do diagnóstico, apresentaram crenças positivas suficientemente fortes; As crenças negativas sobre si antes do diagnóstico, algumas gestantes pareceram apresentar uma vida pregressa de dificuldades. Os resultados permitiram concluir que houve contribuição da dimensão da espiritualidade como fator de enfrentamento do impacto do diagnóstico do HIV/AIDS nestas gestantes. Conclui-se que a maioria das mulheres pesquisadas citou a importância do bem-estar espiritual como contribuição para o enfrentamento do diagnóstico HIV/AIDS descoberto em sua gestação.

Palavras-Chave: Espiritualidade. HIV/AIDS. Gestantes.

ABSTRACT

This study wished to analyse the dimension of spirituality as a confrontation strategy used by pregnant women attended in the Maternal and Child Specialized Care Service- SAE/MI in face of seropositive diagnosis for HIV/AIDS, of University Hospital Lauro Wanderley- HULW of Joao Pessoa, in Federal University of Paraíba. This is a descriptive and exploratory research, case study type, with a sample of 08 infected pregnant women who found the diagnosis of HIV/AIDS during prenatal care. It were used as instruments for data collection a script of semi-structured interviews, containing 09 questions that examined the impact of seropositive diagnosis for HIV/AIDS, including biodemographic issues and a questionnaire comprising two scales: Scale of Religiosity and health problem confrontation and scale of satisfaction with life and spirituality. Data analysis of interviews was conducted by Thematic Content Analysis of Bardin (1977) and the questionnaire was treated by the statistical package SPSS (Statistics Package for Social Sciences) version 16.0. The results obtained showed that 87.5% of infected pregnant women come from a stable union and attended incomplete elementary school; 75% presented themselves as Catholic, 37.5% found the diagnosis in late pregnancy (08 months). It was also observed that 75% affirmed private religious practices in their quotidian; where praying, orating and praising were identified as those most frequent by pregnant women, and that 75% of them agree that going to church/Center/Meeting/Temple influenced them to change concepts and practices in their lives. In the analysis of the interviews with pregnant women, seven categories emerged that addressed different issues, they are: 1) Knowledge about HIV/AIDS, 2) Feeling towards the discovery of HIV/AIDS, 3) Current feeling, 4) Relation of family with the pregnant woman diagnosis, 5) Current Concerns, 6) Confrontation of HIV/AIDS and 7) Beliefs about themselves before diagnosis. It is noteworthy that some categories are subdivided further into subcategories. It was observed that the speech of the pregnant women represented on one hand, the knowledge about HIV/AIDS; and, on the other hand, the lack of knowledge of the disease. The pregnant women showed predominantly negative emotions as well as exposed opposition of feelings towards the acceptance of positive diagnosis for HIV/AIDS. Although, otherwise appears pregnant women who complied with the diagnosis for HIV. They showed the involvement and family support to the pregnant woman at the moment of seropositive diagnosis for HIV/AIDS; In many cases the disclosure of diagnosis is feared by the pregnant woman; It were observed apprehensions involving, in the first place, the concern about the baby and anguish about herself and her seropositive status and about the care of the family; Due to the variety of support elements used by seropositive pregnant women, this category was divided into sub-categories "Religious Support," "Family Support", "Support of SAE/MI Health Team" and "Other supports". Regarding beliefs of pregnant women about themselves before diagnosis, they showed positive beliefs sufficiently strong; The negative beliefs about themselves before diagnosis, some pregnant women appeared to present a previous life of hardship. The results allowed to achieve that there was a contribution of the spirituality dimension as a confrontation factor of the impact of diagnosis of HIV/AIDS in these pregnant women. We conclude that the majority of women surveyed cited the importance of spiritual well-being as a contribution to the confrontation of HIV / AIDS diagnosis discovered in their gestation.

Keywords: Spirituality. HIV / AIDS. Pregnant women.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Estado civil das gestantes entrevistadas	41
Tabela 2. Escolaridade das gestantes entrevistadas	42
Tabela 3. Afiliação religiosa das gestantes entrevistadas	43
Tabela 4. Mês de gestação das gestantes entrevistadas	44
Tabela 5. Práticas religiosas realizadas pelas gestantes	46
Tabela 6: Frequência de concordância das gestantes com as afirmativas da Escala de Religiosidade e Enfrentamento a Problemas de Saúde	48
Tabela 7. Frequência de concordância de sentimentos e emoções apresentados pelas gestantes	49
Tabela 8: Frequência de concordância das gestantes com os itens das escalas de satisfação com a vida e de espiritualidade	51
Tabela 9. Categoria Conhecimento sobre HIV/AIDS, subcategorias e fragmentos da entrevista	52
Tabela 10. Categoria Sentimento perante a descoberta do HIV/AIDS, subcategoria e fragmentos da entrevista	54
Tabela 11. Categoria Sentimento Atual, subcategorias e fragmentos da entrevista	55
Tabela 12. Categoria Relação da Família com o Diagnóstico da Gestante, subcategorias e fragmentos da entrevista	57
Tabela 13. Categoria Preocupação atual, subcategorias e fragmentos da entrevista	59
Tabela 14. Categoria Enfrentamento ao HIV/AIDS, subcategorias e fragmentos da entrevista	61
Tabela 15. Categoria “Crença Sobre Si Antes do Diagnóstico”, subcategorias e fragmentos da entrevista	63

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	14
2.1 Geral	14
2.2 Específicos	14
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	15
3.1 Tipo de pesquisa	15
3.2 Definição e caracterização do campo de estudo	16
3.3 Amostra	16
3.4 Instrumentos	17
3.5 Procedimentos e aspectos éticos	19
3.6 Análise de dados	19
4 MARCO TEÓRICO	20
4.1 AIDS e HIV: as repercussões do diagnóstico soropositivo	20
4.2 AIDS e Feminilidade: transmissão vertical	26
4.3 A gestante com HIV/AIDS: maternidade em conflito	30
4.4 Espiritualidade: ferramenta de enfrentamento à AIDS	34
4.4.1 O impacto do diagnóstico do HIV/AIDS em gestantes: contribuição da dimensão da espiritualidade	36
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
5.1 Descrição do perfil das gestantes	41
5.2 Análise do questionário	45
5.3 Análise das entrevistas	52
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	68
APÊNDICES	73
Apêndice A – Roteiro de entrevistas e dados biodemográficos das gestantes	74
Apêndice B – Questionário de avaliação da dimensão espiritual	75
Apêndice C – Termo de consentimento livre e esclarecido	77
ANEXO	78

1 INTRODUÇÃO

Durante todo o processo de evolução da humanidade, a religião exercera grande significado na vida das pessoas. As curas físicas e psíquicas, acreditavam ser de cunho religioso. O homem sempre recorria, quando aflito, a algum suporte religioso e/ou espiritual. Sua importância e influência eram dadas de acordo com a época, ou seja, através do contexto histórico e cultural (CARACIOLO, 2007). Na atualidade, parece que a dimensão religiosa/espiritual ainda permanece mantendo grande influência no processo saúde/doença da humanidade, seja no aspecto orgânico, psíquico e/ou espiritual.

A temática da espiritualidade parece ser bastante complexa, embora se admita avanços na interligação entre doenças orgânicas, manifestações psicossomáticas e espiritualidade. Vasconcelos (2006) descreve uma das dificuldades de estudar a área da espiritualidade e atribui ao modelo newtoniano/cartesiano da ciência ater-se ao modelo biomédico no qual se percebe no homem a doença e não a pessoa doente, ou seja, em vez de observar o homem da forma integral, considerando todas as dimensões que o constitui, inclusive a da espiritualidade/religiosidade, fixa-se o olhar na parte doente, fragmentando-o. Enfatiza que este modelo persiste nos dias atuais, sobremaneira nos profissionais de saúde. Isto alerta para se considerar a incapacidade destes profissionais em conduzir os pacientes à dimensão espiritual.

Verifica-se que o caminho da espiritualidade tem alcançado visibilidade e credibilidade na literatura científica ao exercer no ser humano estado de bem estar. “... parece que o envolvimento religioso e espiritual está associado com taxas menores de doenças e níveis mais elevados de bem-estar” (LEVIN, 2001, p. 23). A busca pela saúde e pelo um viver com significado parece preencher o vazio existencial que se espraia dentro do ser humano através deste caminho.

Pessini (2007, p. 187) afirma que as questões em torno da espiritualidade ligada à saúde têm trazido vida saudável e feliz, mesmo que esta espiritualidade não tenha pretensões transcendentais. Ou seja, recorre-se à dimensão espiritual mesmo que esta não esteja voltada para finalidades religiosas. Pesquisadores (FARIA; SEIDL, 2006; PANZINI; BANDEIRA, 2005) também compreendem que “expressões de espiritualidade exercem efeitos mensuráveis sobre a saúde e o bem estar” (LEVIN, 2001, p. 19). Estes autores perceberam que o envolvimento religioso tende a propiciar elevado sentido e significado à vida quando a saúde

encontra-se ameaçada ou a doença instalada, prevenindo quiçá episódios de recaída. Neste direcionamento, estudos recentes nesta temática revelam resultados benéficos com a dimensão da espiritualidade auxiliando no enfrentamento do diagnóstico da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida-AIDS (VASCONCELOS, 2006).

Por conseguinte, no cotidiano dos que vivem e convivem com a soropositividade para HIV/AIDS, há a ambivalência no que se refere à espiritualidade, pois, se por um lado, os pacientes buscam a religião como refúgio, conforto, suporte e apoio social, por outro, passam a considerar a doença como castigo de Deus. (SABER VIVER, jul/ago/set, 2006, p. 8). Deste modo, é preciso ampliar conhecimentos nas áreas religiosas e da espiritualidade no sentido de ajudar esses pacientes, respeitando suas inclinações religiosas.

AIDS é uma doença sexualmente transmissível (DST), causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV. Essa doença não tem cura e é responsável por destruir as células de defesa do ser humano. Com predominância atualmente em mulheres em fase reprodutiva, vem causando grande preocupação nas autoridades e especialistas da saúde por estarem as crianças potencialmente exposta ao vírus da AIDS.

Em todo o mundo, as mulheres já representam 50 % da população infectada (RESPOSTA +, MS/BRASIL, 2008). A falta de educação sexual e as desigualdades de gênero têm contribuído predominantemente para a transmissão do vírus da AIDS na mulher. Como a infecção tem-se alastrado em mulheres em fase reprodutiva, corre-se o risco de, quando gestante, ocorrer a transmissão vertical – TV ou transmissão materno infantil.

O fenômeno da maternidade é, entre outros, da natureza, igualmente misterioso e que deveria ser considerado o mais mágico, bonito, emocional e especial da mulher. “A maternidade continua sendo, por excelência, a experiência que definiria a mulher. [...] e a infecção pelo HIV/AIDS não diminui o desejo de ser mãe” pensa Carvalho e Piccinini (2008, p. 6). Todavia, vale ressaltar que, quando gestante e infectada pelo vírus da AIDS, as dificuldades emocionais e sociais se intensificam, mesmo demonstrando passar pela experiência do processo gestação/maternidade/HIV/AIDS. Estas dificuldades são retratadas nos estudos de Rigoni e Piccinini (2008, p. 4) [...] que afirmam que os sentimentos das mães em relação ao diagnóstico do HIV/AIDS no bebê e suas possíveis reações: medo e culpa, angústia e preocupação, sofrimento e tristeza diante da impossibilidade de amamentar e com relação à saúde e à sua integridade física.

O enfrentamento ao diagnóstico do HIV/AIDS, através de um suporte religioso/espiritual poderá levar estas pessoas infectadas a encontrarem respostas aos questionamentos advindos no mais íntimo do seu ser. Para as gestantes protagonistas desta

dissertação, além de enfrentarem o impacto do diagnóstico positivo para o HIV/AIDS na gestação, deverão encarar outros fatores igualmente importantes, tais como a eventual exposição do seu filho ao HIV, não amamentar, ingestão da quimioprofilaxia e a espera dos resultados dos exames a que o bebê terá que se submeter a fim de saber se houve a soroconversão ou não. Para tanto, tentam buscar forças diante do estrago que esta infecção provoca em suas vidas, através de apoio familiar, dos parceiros, dos amigos, do profissional de saúde e do aspecto religioso/espiritual. Este último apoio, segundo as pesquisas, tem significativamente contribuído no resgate das gestantes de um significado para influenciando na manutenção de sua qualidade de vida.

Por meio da espiritualidade, experimenta-se pessoalmente os misteriosos caminhos do eu profundo, suas contradições e antagonismos internos, suas formas simbólicas de expressão, sua capacidade de mobilizar energias intensas e de encontrar significado para as situações de crise, constata Vasconcelos (2006, p. 68).

Justifica-se, assim, a importância desse estudo no sentido de investigar os aspectos religiosos/espirituais tão envolvidos no processo de adoecimento das pessoas que são frequentemente negligenciados pela ciência. Neste sentido, a literatura na área sugeriu a hipótese de que a dimensão da espiritualidade pode influenciar de forma positiva o enfrentamento do diagnóstico soropositivo para o HIV em gestantes. Os estudos revisados constam que a dimensão da espiritualidade pode contribuir para a elevação da auto-estima das pacientes, fazendo-as aderir ao tratamento com os antirretrovirais (medicamentos específicos para a AIDS) e participarem das profilaxias.

Percebe-se, portanto, a necessidade de se investigar por meio de uma análise quanti e qualitativa esta temática, como comprovação de sua eficácia na contribuição da espiritualidade no processo do adoecimento. Desta forma, o objetivo é analisar a dimensão da espiritualidade como uma estratégia de enfrentamento utilizada pelas gestantes atendidas no Serviço de Assistência Materno Infantil-SAE/MI frente ao diagnóstico soropositivo para HIV/AIDS. Como sequência, foram elaborados três objetivos específicos: 1) Identificar as afiliações religiosas e os níveis de crenças e práticas religiosas das pacientes gestantes soropositivas pesquisadas; 2) Verificar a percepção do impacto biopsicossocial frente ao diagnóstico soropositivo nas gestantes; 3) Identificar as estratégias de enfrentamento (coping) das pacientes após o diagnóstico, especificamente no que se refere à dimensão espiritual/religiosa. Tais objetivos foram acessados através dos instrumentos (questionários e entrevista) que mediram a variável afiliação religiosa, o impacto biopsicossocial e as

estratégias de enfrentamento, no intuito de comprovar a contribuição da espiritualidade como suporte utilizado pelas gestantes infectadas.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar a dimensão da espiritualidade como uma estratégia de enfrentamento utilizada pelas gestantes do SAE/MI frente ao diagnóstico soropositivo para HIV/AIDS.

2.2 ESPECÍFICOS

Identificar as afiliações religiosas e os níveis de crenças e práticas religiosas das pacientes gestantes soropositivas pesquisadas;

Verificar a percepção do impacto biopsicossocial frente ao diagnóstico soropositivo nas gestantes;

Identificar as estratégias de enfrentamento (*coping*) das pacientes após o diagnóstico, especificamente no que se refere à dimensão espiritual/religiosa.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa é do tipo Estudo de Caso, que “visa conhecer a comunidade, seus traços característicos, entre outros dados para descrever com exatidão os fatos e fenômenos desta realidade” (TRIVIÑOS, 1987). Neste estudo de caso, pretende-se confirmar ou não a hipótese de que a dimensão da espiritualidade pode influenciar de forma positiva o enfrentamento do diagnóstico positivo para o HIV, utilizado pelas gestantes atendidas no Serviço de Assistência Especializada Materno Infantil - SAE/MI, localizado em um Hospital Público na cidade de João Pessoa – PB, cuja finalidade é atender os portadores do Vírus do HIV/AIDS e, principalmente, é referência para gestantes infectadas pelo vírus HIV.

Trata-se ainda de uma pesquisa descritiva que descreverá o objeto de pesquisa, buscando descobrir a frequência com que o fenômeno ocorreu, sua natureza característica, causas, relações e conexões com outros fenômenos. De acordo com Gil (2002, p. 46), a pesquisa descritiva é “a descrição das características de determinada população ou fenômeno; ou então, o estabelecimento de relações entre variáveis”. Neste sentido, foi imprescindível descrever as estratégias de enfrentamento das gestantes frente ao diagnóstico positivo de HIV/AIDS.

Também consiste em um estudo exploratório, pois “permite ao pesquisador aumentar sua experiência em torno de determinado problema” (TRIVIÑOS, 1987). A pesquisa envolvendo mulheres gestantes e soropositivas e sua relação com a religiosidade, espiritualidade é escassa na literatura; desta forma, a compreensão do enfrentamento destas mulheres consiste em um estudo exploratório.

Por fim, a pesquisa será também de cunho qualitativo e quantitativo. Entendendo como abordagem qualitativa aquela que se expressa em termos não numéricos; e a quantitativa a que atribui valores numéricos às respostas (COZBY, 2003). A investigação qualitativa compreende um roteiro de entrevista, visando os impactos biopsicossociais frente ao diagnóstico ao HIV/AIDS em gestante. A perspectiva quantitativa refere-se a questões quantificáveis do perfil sociodemográficos dos participantes como estado civil, idade, escolaridade, religião, entre outros; bem como questionário de avaliação da Dimensão Espiritual (crenças e práticas religiosas) e de Bem-Estar Subjetivo.

3.2 DEFINIÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTUDO

A pesquisa terá como campo empírico o Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) da cidade de João Pessoa, Paraíba, tendo como alvo as gestantes com diagnóstico soropositivo para HIV/AIDS cadastradas no SAE-MI.

O referido hospital é referência para serviços de atendimento especializado; dentre eles, encontra-se o SAE/MI que é uma unidade assistencial de caráter ambulatorial que visa a atender o portador de HIV/AIDS, onde uma equipe multidisciplinar acompanhá-lo-á ao longo de sua enfermidade, oferecendo um atendimento com resolutividade, ingressando alternativas assistenciais, operacionalizando os mecanismos de referência e contra-referência, além de tornar viável o suporte assistencial nos vários níveis de demanda.

O programa tem como filosofia diminuir os riscos de transmissão do vírus da AIDS de mãe para filho (Transmissão Vertical), através do acompanhamento da díade mãe/bebê. Tal programa também oferece o teste anti-HIV, precedido de acolhimento e aconselhamento pré e pós-teste a toda gestante que inicia o pré-natal no HULW, bem como ao parceiro e à família, prestando orientações sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST e HIV/AIDS.

Este serviço também informa as mães e dão orientações sobre sexo seguro, adesão ao tratamento, cuidados durante a gravidez e o uso da mamadeira em vez da amamentação, já que o vírus está presente no leite materno dessas mães (BRASIL, 2003). O SAE/MI sob a análise é constituído por uma equipe multidisciplinar com 15 profissionais de saúde: 1 infectologista, 2 ginecologistas/obstétricas, 3 pediatras, 3 enfermeiras, 2 técnicos de enfermagem, 1 psicólogo, 1 assistente social, 1 nutricionista, 1 cardiologista, assegurando a assistência e direcionando o atendimento segundo as necessidades dos pacientes. Há outros especialistas, tais como odontólogo, dermatologista, oftalmologista, endoscopista, psiquiatra e proctologista.

3.3 AMOSTRA

A amostra foi composta por 08 gestantes atendidas pelo programa de Assistência Especializada Materno Infantil (SAE/MI) do Hospital Universitário Lauro Wanderley da cidade de João Pessoa, Paraíba. Para selecionar os sujeitos foi utilizada a técnica de amostragem não probabilística, por conveniência. Nesta técnica, o pesquisador poder obter

participantes de maneira mais simples, sem gastos e/ou perda de tempo, selecionando um grupo amostral segundo a facilidade de sua participação (COZBY, 2003). O critério de inclusão da amostra adotado foi o de gestantes que acabavam de receber o diagnóstico reagente para o HIV/AIDS e que fossem acompanhadas neste período no SAE/MI, entre outubro e dezembro de 2009.

Ao definir o critério de inclusão, inicialmente havia um total de 14 gestantes com o conhecimento do seu diagnóstico positivo para o HIV/AIDS, nesta gestação. Durante as entrevistas, 02 gestantes relataram já saberem ser positivas e afirmaram que não eram usuárias do SAE/MI, sendo dispensadas da pesquisa. Além destas, duas outras gestantes se negaram a participar da pesquisa e outras duas gestantes pariram antes de voltar para a última consulta de rotina. Deste modo, 08 restantes participaram da pesquisa, em pelo menos dois momentos. Uma das participantes não compareceu para realizar o segundo contato e, neste período, pariu. É importante ressaltar que foi utilizada uma amostra de 100% das gestantes que atendiam ao critério de inclusão no período da pesquisa. Ressalta-se também que havia mais 09 mulheres gestantes, mas com gravidezes recidivas e de conhecimento do diagnóstico desde a primeira gestação, o que impossibilitava sua participação.

3.4 INSTRUMENTOS

Foi utilizado como instrumentos de coleta de dados um roteiro de entrevista semi-estruturadas, contendo nove questões norteadoras, com o intuito de analisar o impacto do diagnóstico soropositivo para HIV/AIDS nas gestantes e suas repercussões na espiritualidade. Cozby (2003) define entrevista como “interação entre pessoas”. De acordo com Triviños (1987), a entrevista semi estruturada mescla itens abertos e fechados com possibilidade de debates sobre o tema.

O roteiro também constou de questões biodemográficas tais como sexo, idade, estado civil, nível de escolaridade, religião, entre outras informações relevantes ao estudo. Será ainda utilizado como instrumento o questionário de pesquisa que foi utilizado e que consiste em uma Escala de Religiosidade e Enfrentamento a Problemas de Saúde, e uma Escala de Bem-Estar Subjetivo, formado por duas subescalas: Escala de Satisfação com a Vida e a Escala de Afetos Positivos e Negativos, mais conhecida como PANAS (*Positive and Negative Affect Schedule*).

A Escala de Religiosidade e Enfrentamento a Problemas de Saúde foi adaptada de uma lista de nove afirmativas referentes a maneiras como a religiosidade ajudava a lidar com

problemas de saúde, embasada em resultados do estudo de Siegel e Schrimshaw (2002). Esta escala foi adaptada para o Brasil e utilizada no estudo de Faria e Seidl (2006), em pessoas vivendo com HIV/AIDS. Para esta dissertação, foi acrescida a questão “Me influencia a mudar conceitos e práticas” com o intuito de verificar a afiliação religiosa (privada ou pública) em função da descoberta da soropositividade.

A Escala de Satisfação com a Vida (DIENER, et al 1985; PAVOT; DIENER; COVIN e SANDVIK, 1991; PAVOT e DIENER, 1993) foi desenvolvida para analisar como se encontra a satisfação de vida global em adultos e jovens, assim como em pessoas da terceira idade. No Brasil, a escala foi adaptada para seu uso por Giacomoni e Hutz (1987) e apresenta os resultados coerentes com os americanos (GIACOMONI, 2004). A escala de Satisfação com a Vida composta por 05 itens e resposta do tipo LIKERT de 7 pontos, indica o quanto a pessoa pode ou não concordar com cada uma das perguntas, segundo sua opinião, variando de discordar totalmente (valor 1) a concordar totalmente (valor 7). Além destas, dois itens foram inseridos para verificar a importância da espiritualidade na vida das gestantes, são eles: “As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida” e “A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis”. Estes dois itens foram retirados da Escala de Espiritualidade construída por Pinto e Ribeiro (2007), pois possuíam maior convergência com a temática desta dissertação.

A PANAS foi desenvolvida originalmente por Watson, Clark e Tellegen (1988) na tentativa de preencher a lacuna de instrumentos psicometricamente bem construídos, econômicos e de fácil aplicação, que avaliassem afetos positivos e negativos experimentado pelas pessoas. Giacomoni e Hutz (1997) desenvolveram uma versão da PANAS para o português seguindo os mesmos passos e critérios de construção da PANAS original, construindo, assim, uma versão em português deste instrumento (GIACOMONI, 2004), composta por 09 itens de estados emocionais e escalas de resposta do tipo LIKERT de 7 pontos que indicam o quanto tem experimentado ultimamente estas emoções, variando de nada (valor 1) a extremamente (valor 7).

Além destas escalas, também foram inseridas questões relacionada às variáveis biodemográficas, tais como sexo, idade, afiliação religiosa, práticas religiosas, avaliação do sentimento em relação à instituição religiosa afiliada, além da avaliação da vida antes e após o diagnóstico.

Para Triviños (1987), questionário é um recurso de pesquisa vinculado às pesquisas quantitativas com claro interesse de generalização das respostas obtidas na amostra.

3.5 PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS

Inicialmente, foi entregue um ofício à administração do SAE/MI, solicitando autorização para a realização da pesquisa. Após a autorização, foi explicada aos participantes a finalidade da pesquisa, ressaltando a importância de suas colaborações e o caráter confidencial e anônimo da sua participação. Foi solicitado ainda que os participantes assinassem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, obedecendo às normas éticas, contidas na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos. Ressalta-se ainda que o projeto foi submetido ao Comitê de Ética do HULW, e por ele aprovado conforme Protocolo de número 236/09, e Folha de Rosto-291891.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram tratados pelo pacote estatístico SPSS (*Statistics Package for Social Sciences*), em sua versão 16.0, onde foram realizadas estatísticas descritivas, tais como média, desvio padrão, frequência e porcentagem, para uma melhor caracterização da amostra no que se refere às questões biodemográficas. As entrevistas foram categorizadas por meio de uma Análise de Conteúdo Temática (BARDIN, 1977), para identificar que categorias ou temas surgem com mais frequência no discurso dos participantes. Para tal, foi utilizado o critério de saturação para garantir que a variabilidade das respostas dos participantes fosse considerada representativa de sua categoria – frequência de conteúdo de resposta.

4 MARCO TEÓRICO

4.1 AIDS E HIV: AS REPERCUSSÕES DO DIAGNÓSTICO SOROPOSITIVO

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) ou Acquired ImmunoDeficiency Syndrome (AIDS), em inglês, é uma doença infecciosa crônica causada por um vírus que se caracteriza por apresentar progressiva destruição do sistema imunológico humano, comprometendo especialmente as células de defesa do organismo da pessoa. Tal acometimento é tão intenso que predispõe os infectados, gradativamente, a uma enorme diversidade de infecções oportunistas, as quais com frequência tornam o organismo especialmente frágil, com impossibilidade de reagir às infecções, podendo levá-los a um estado mais grave, inclusive letal (MARINS, 2000).

A AIDS foi reconhecida em meados de 1981, nos Estados Unidos da América, mais precisamente, nas cidades de São Francisco e Nova York. O Centro de Controle de doenças de Atlanta identificou tal síndrome pela observação da ocorrência de doenças indicativas da imunodeficiência em adultos jovens, que não eram portadores de outras patologias que pudessem explicar tamanha imunossupressão. Exemplos típicos destas doenças eram a candidíase oral e invasiva, a pneumonia por *Pneumocystis carinii* e o *Sarcoma de Kaposi* que se apresentava de modo agressivo, acometendo inclusive órgãos internos. Havia ainda uma grande diversidade de intercorrências infecciosas definindo quadros clínicos, até então totalmente desconhecidos.

Os grupos sociais mais atingidos no início foram os de homossexuais masculinos dos Estados Unidos da América e na maioria de outros continentes. Em seguida, foram surgido casos de grupos tais como usuários de drogas injetáveis, receptores de sangue, heterossexuais de ambos os sexos e crianças de várias idades (MARINS, 2000).

A AIDS é indiscutivelmente uma infecção amplamente complexa com implicações desafiadoras embora hoje se situe na classificação de doença crônica:

A cronicidade da AIDS alcançou os serviços de saúde, representados pelos profissionais que lidam diretamente com a doença, a um patamar extremamente importante, não só para garantir a adesão dos pacientes, mas para que se tornassem um elo entre o paciente, a doença e o tratamento (RIBEIRO; COUTINHO; SALDANHA, 2005, p. 192).

Entende-se por doença crônica:

[...] a qualquer estado patológico que apresenta uma ou mais das seguintes características; que seja permanente que deixe incapacidade residual, que produza alterações patológicas não reversíveis, que requeira reabilitação ou que necessite períodos longos de observação, controle e cuidados. São produzidos por processos mórbidos de variada etiologia, que por sua relativa frequência e severidade, reveste singular importância médica social e econômica para a comunidade (ZOZAYA, 1985, p. 157).

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), só foi descoberto em 1983 pelos cientistas Luc Montagnier e Robert Gallo, francês e americano, respectivamente, como o agente causador da AIDS. Em 1986, após a identificação na África de um segundo agente, que apresentava pequenas diferenças genômicas em relação ao HIV já conhecido e também causava a mesma doença, determinou-se a classificação de tais vírus como HIV1 e HIV2. (MARINS, 2000).

Em função da sua estrutura bioquímica e do processo evolutivo, o HIV apresenta uma especificidade de infecção para células humanas, neste caso as chamadas de CD4 (células de defesa do organismo) que, atacadas pelo vírus, poderão desenvolver a AIDS (MARINS, 2000).

Não obstante, a discussão sobre a origem do HIV/AIDS surge antes mesmo da confirmação da existência de uma nova doença que afeta o sistema imunológico humano. Alguns casos ocorridos nos últimos anos da década de 1970 foram identificados como tendo sido os primeiros casos desta mesma doença (SALDANHA; FIGUEIREDO; COUTINHO, 2005). Mann e organizadores; Karen Sanecki e Peter O.Way, colaboradores (1993, p. 19) registram que, embora “[...] o vírus em si seja antigo, sua disseminação significativa no mundo parece ter tido início apenas em meados da década de 70)”. Alguns autores defendem “que os primeiros casos tenham ocorridos entre as décadas de 20 e 40 do século XX” (RESOLUÇÃO INSS, DECRETO nº 89/2002). Essa polêmica com relação à origem do vírus HIV levantou questionamentos sobre onde inicialmente o vírus teria surgido. As tentativas de respostas se voltaram para a África como sendo o início da epidemia, considerando a hipótese de que

o vírus da imunodeficiência de símios (SIV), ancestral genético teria passado do seu portador o “macaco verde” para o ser humano devido a práticas sexuais a que os africanos se entregam com aquela espécie, ou a ingestão de carne de macaco contaminada etc., depois o vírus teria sofrido mutações até chegar ao HIV); e ainda que se atribua a certas práticas africanas (escarificação, circuncisão) (PARKER; ORG, 1994, p. 51).

São classificados como sintomas do HIV/AIDS: sudorese noturna, fadiga, emagrecimento, diarreia, gengivite, herpes simples e zoster. Há ainda outras enfermidades graves que podem se instalar como doenças oportunistas como: Sarcoma de kaposi, a tuberculose, febres prolongadas, candidíase oral, disfunção do sistema nervoso central (BRASIL, 2002).

O HIV/AIDS atinge ambos os sexos (masculino e feminino) e sua existência independe da idade, nível de escolaridade e classe social. As pessoas contaminadas podem permanecer meses ou anos sem apresentar quaisquer sintomas (fase assintomática); no entanto, podem continuar sendo transmissores do vírus (BRASIL, 2002); que pode ser encontrado no sangue, no sêmem, na secreção vaginal, fluidos corporais e no leite materno de pessoas contaminadas. Se a mulher grávida estiver contaminada o bebê poderá se expor ao vírus durante a gestação, parto ou até no período de amamentação, chamada transmissão vertical – TV (BRASIL, 2005).

O diagnóstico laboratorial é feito pelo exame de sangue, visando detecção da infecção pelo HIV. Os testes utilizados são: 1) o ELISA (teste imunológico enzimático), que detecta a presença de anticorpos produzidos pelo organismo contra o HIV; 2) o teste Western,-Blot, geralmente é utilizado para confirmação de resultado reagente ao teste ELISA (teste confirmatório da infecção), que apresenta limitação devido sua alta complexidade e maior dificuldade de interpretação comparado ao teste ELISA; 3) o teste Imunofluorescência Indireta, é um teste confirmatório; e tantos outros disponíveis. Segundo a Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.665/2003- art. 4º, o teste de diagnóstico de infecção para o HIV não é obrigatório. Contudo, ele é oferecido gratuitamente pelos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAS/COAS) em DST, HIV e AIDS.

O aumento da contaminação com o vírus HIV/AIDS tem sido um problema multidimensional e, dentre as várias causas, uma merece especial atenção: sofrimento provocado pelo diagnóstico positivo, que implica em ocultar a doença para não sofrer discriminação, falta de solidariedade, repercutindo não somente em quem recebe o diagnóstico soropositivo, mas também em parceiros sexuais, em familiares, além dos profissionais de saúde.

Os antirretrovirais, conhecidos como coquetel, são responsáveis pelo controle da reprodução e multiplicação do vírus. O maior objetivo da terapia antirretroviral é, “através da inibição da replicação viral, retardar o processo da imunodeficiência e restaurar, tanto quanto possível, a imunidade do paciente, aumentando o tempo e a qualidade de vida da pessoa que vive com HIV/AIDS” (BRASIL, 2007). No Brasil, os antirretrovirais são distribuídos

gratuitamente desde 1996, com a publicação da Lei 9.313, com acesso universal através do Sistema Único de Saúde (SUS), seja brasileiro ou estrangeiro (RESPOSTA +, 2008).

A recomendação da terapia antirretroviral atende a parâmetros clínicos e de laboratório cujos exames Carga Viral e o TCD4+ e T-CD são indicadores que medem o número de vírus no sangue e as células de defesa do organismo, respectivamente.

O Brasil se destaca por ser o país que mais investe no tratamento e medicamentos das pessoas que vivem com HIV/AIDS, com acesso universal, garantido na Constituição Federal, de 1988, e consolidado na Lei orgânica do Sistema Único de Saúde de 1990 (RESPOSTA +, 2008, p.80). Estas têm trazido melhoria sustentável na qualidade na vida dos que portam HIV/AIDS. A situação da AIDS no Brasil tem, de forma significativa, trazida avanços científicos, tecnológicos, políticos e humanos, objetivando mudar a curva crescente de pessoas que ainda continuam se infectando. Entretanto, apesar do empenho e interesse do governo brasileiro em relação à assistência e tratamento daqueles que vivem com HIV/AIDS, deverá manter o desafio em tornar esta política sustentável e efetiva, visando ao aumento da sobrevida e à melhoria de vida destes pacientes com qualidade.

Diante da visibilidade da AIDS e dos amplos espectros que dela geram e das pessoas que com ela vivem as conquistas voltadas à assistência à saúde tem chegado aos que dela precisa, de forma mais rápida, abrangente e solidária. Estima-se que, na população mundial, 39,5 milhões de indivíduo estejam infectados pelo HIV/AIDS. E que nem todos os países do planeta seguiram a política brasileira de direitos universais gratuito aos antirretrovirais, no que ameaça o elevado índice de contaminação e de doenças (REVISTA INFOAIDS PROFISSIONAL, 2006. p, 12)

Percebe-se que, nesta população de infectados, o Brasil ocupa lugar de destaque no mundo em relação à assistência e tratamento das pessoas que vivem com HIV/AIDS. Estes direitos estão previstos na Constituição Federal de 1988, e consolidados na Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS), de 1990 (BRASIL, 2008). Parafraseando Campos (2007), a compreensão em perceber que o doente é um sujeito, é perceber:

... que algo além da parte orgânica estava influenciando a evolução e o tratamento [...] era necessário abordar o paciente como um todo, inquirindo-o sobre sua vida, seus hábitos, suas tensões [...] percebi uma relação direta destes aspectos de vida com os sintomas e a forma de tratar as doenças (CAMPOS, 2007. p. 29).

Estima-se que mais 620 mil pessoas vivem com HIV no Brasil, com resultados diferentes entre as regiões, sendo as regiões norte e nordeste as que apresentam crescimento

mais acentuado. A transmissão do HIV/AIDS segue evoluindo alcançando todos, principalmente a população de 13 a 24 anos, que se expõe a riscos, uso de álcool e outras drogas. Curiosamente, O Boletim Epidemiológico da AIDS e DST contabiliza que, desde o início da epidemia da AIDS, a maioria dos casos se concentra entre 25 e 49 anos, na proporção de 78% entre homens e de 71% entre mulheres (RESPOSTA +, 2008, p. 11).

Ferreira (2008) objetivou descrever o nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/AIDS. Foram utilizadas nove questões das bases de dados da pesquisa sobre o comportamento sexual e percepção da população nos anos de 1998 e 2005, em uma amostra de moradores de área urbana com sujeitos entre 16 e 65 anos. Os resultados apontaram que houve um aumento do nível de conhecimento dos homens no período, atingindo o nível de informação das mulheres. Entre os jovens não houve crescimento significativo. Na percepção de risco, aumentou a proporção dos que declararam não apresentar risco de contrair o HIV/AIDS. Apesar do aumento do nível de conhecimento em geral, os resultados indicaram a necessidade de ações e programas de prevenção do HIV/AIDS para a população em geral, principalmente para os jovens.

Conforme o Boletim Epidemiológico AIDS. DST (2010, p. 8) de 1980 a junho de 2009, foram notificados 544.846 casos de AIDS no país. A predominância da transmissão do HIV/AIDS no sexo masculino em relação à mulher vem rapidamente declinando. Se, em 1985, para cada 267 homens com AIDS, havia 10 mulheres. Em 2005, para cada 16 casos de AIDS em homens, 10 são em mulheres (Resposta +, p. 10). Em 1986 a razão de contaminação de AIDS por sexo (M:F) era 15,1:1 e, a partir de 2002, estabilizou-se em 1,5:1. (Boletim Epidemiológico, 2010, p. 8). Estes resultados chamaram a atenção das autoridades brasileiras e levou-os a agilizar medidas preventivas e terapêuticas colocando a mulher como figura de destaque, construindo o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminilização da Epidemia de AIDS e outras DST, sobremaneira, visando à redução da transmissão vertical e outras ações, haja vista os resultados alarmantes das estatísticas apontando assustador crescimento de mulheres grávidas infectadas, disseminando contágio para outras pessoas e, principalmente, colocando em risco a saúde do bebê.

A tendência de feminilização da doença em nível de mundo continua crescendo. Os 17,7 milhões de mulheres que vivem com HIV no mundo representam um aumento de mais de um milhão em comparação a 2004 (REVISTA INFO AIDS PROFISSIONAL, 2006, p. 12). Em 2007, observou-se que a transmissão do vírus é predominantemente heterossexual (97%). Dado o índice alarmante da transmissão do HIV em mulheres que se encontram em fase reprodutiva, dados recentes apontam que, em média 55% dos casos notificados estão

entre as gestantes de 20 a 29 anos. Num resultado de coeficiente de detecção de 2000 a junho de 2009, foram notificados 47.705 casos de gestantes infectadas na base de dados do SINAN (Sistema de Informação de Agravos Notificáveis). Em 2005, contabilizaram 13.249 de novos casos.

Na Paraíba, os primeiros casos de AIDS surgiram na década de 80. Estima-se que de junho /1985 a março de 2010, 2.441 masculino e 1.094 feminino perfazem um total de 3.535 mil casos de AIDS na Paraíba (SES/PB, 2009). Estima-se, ainda, 423 usuárias infectadas pelo vírus HIV/AIDS no serviço de Assistência Especializada Materno Infantil (SAE/MI); destas, 76 estão gestantes; 102 crianças de 0 a 02 anos com diagnóstico negativos para o HIV/AIDS e duas registradas como infectadas pelo vírus (SAE/MI/agosto, 2010). Observa-se que o número de gestantes infectadas pelo vírus HIV/AIDS detectadas nos exames realizados no pré-natal tem aumentado sensivelmente. Um dos aspectos positivos pode ser a eficácia do pré-natal, sua abrangência em localidades de difícil acesso; e um dos fatores negativos, é o elevado índice de transmissão do vírus, o que se pode atribuir a práticas sexuais sem proteção, sem o uso do preservativo.

Mesmo existindo uma política de enfrentamento, percebe-se não chegarem ainda às necessidades mais básicas ou preliminares desta população em estudo. O enfrentamento mediante a complexidade que esta doença origina passa despercebida pelas entrelinhas do que é proposto pelas políticas sociais e de saúde; embora se verifique cadastrados cerca de 1.200 serviços voltados para o atendimento dos que vivem com HIV/AIDS. São 625 Serviços de Atenção Especializada, 95 hospitais-dia, 434 hospitais conveniados e 53 assistências domiciliares terapêuticas (RESPOSTA +, 2008, p. 84). Estes serviços são monitorados e avaliados através da parceria estabelecida entre o Programa Nacional de DST e AIDS (PN-DST/AIDS) e a Equipe QUALIAIDS, que visa estabelecer padrões de qualidade a todos os portadores que vivem com HIV/AIDS (QUALIAIDS, 2008).

Como destaque de atenção especializada, um dos serviços do governo federal brasileiro voltado aos que vivem com HIV/AIDS, é o Serviço de Assistência Especializada Materno Infantil (SAE-MI), direcionado à assistência materno-infantil. O SAE/MI de João Pessoa/Paraíba se constitui em um serviço de referência no país, considerado o primeiro a ser criado em âmbito nacional voltado à díade mãe/bebê. Foi criado em 2002, por perceber número crescente de portadora do vírus HIV no ambulatório do HULW, no ano de 1996. Dados que sensibilizou o Conselho deliberativo do Hospital aprovar, em 1998, o Programa de Assistência a Gestante portadora de DST/HIV/AIDS-PROGEST, criado pelo Dr. Otávio Soares Pinho, ginecologista e obstetra (atual coordenador do Serviço) (OLIVEIRA, 2005).

4.2 AIDS E FEMINILIDADE: TRANSMISSÃO VERTICAL

No ano de 1980, foi elaborado, pelo Ministério de Saúde, o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), e divulgado, em 1983, iniciativa entre estado e sociedade e uma das “primeiras em níveis governamentais de incorporação dos princípios feministas em políticas públicas de saúde (PEDROSA, 2005)”. Naquela época, o HIV/AIDS em mulheres já preocupava as lideranças políticas. No final da década de 80, o número de mulheres com AIDS era crescente. A feminilização desta doença tem causas no reflexo do comportamento sócio- sexual da população, associado ao aspecto de vulnerabilidade biológica e de gênero, tais como: relações de poder entre homens e mulheres, menor capacidade que a mulher tem de negociar o preservativo e tomar as decisões que envolvem a sua vida sexual e reprodutiva, falta de informação e orientação (BRASIL, 2003).

Em 2004, é adotada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), com enfoque no gênero, na integralidade e na promoção da saúde como princípios norteadores. Além de promover a saúde das mulheres, estas políticas enfocaram a questão de gênero, objetivando consolidar os avanços nos aspectos dos direitos sexuais e reprodutivos e estendendo a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS (PEDROSA, 2005).

O avanço da epidemia da AIDS no sexo feminino levou o Governo Federal brasileiro a construir um Plano Integrado de Enfrentamento da Feminilização da Epidemia de AIDS e outras DST, lançado no dia 08 de março de 2007. Diante desta realidade, priorizou-se o acesso ao diagnóstico do HIV; instruíram-se os profissionais de saúde, numa perspectiva cuidadora e solidária, a oferecer o teste anti-HIV no pré-natal como medida preventiva à transmissão vertical (BRASIL, 2008),

Neste sentido, reconhecem-se grandes avanços com relação à saúde da mulher. Embora fixada ainda no modelo biomédico, as ações mais desenvolvidas dão ainda maior ênfase à assistência gineco-obstetrícia tradicional (gestação e parto), ignorando ou minimizando os aspectos sociais, culturais e psicológicos e as discussões sobre gênero, colocando de lado um cuidado individualizado, integral, holístico, suporte social imprescindível ao resgate da cidadania destas mulheres.

Diante dos fatos, as práticas de cuidado desenvolvidas pelas mulheres deverão ser ampliadas e emolduradas pelo afeto, pelo zelo, pelo amor, oferecendo a elas o suporte social para que possam minimizar os amplos espectros atingidos pela AIDS. A realidade mostra que se faz urgente estabelecer medidas mais rígidas no controle desta epidemia, que atinge a todos

direta ou indiretamente, trazendo prejuízo e sofrimento biológico, sociais e comportamentais, como preconceito, estigma e abandono (BRASIL, 2007).

No que se refere a este fato, Carvalho e Piccinini (2008, p. 5) constataram que os dados da vigilância epidemiológica revelam um alto índice de infecção pelo HIV entre mulheres casadas que mantêm relação sexual somente com seus maridos. As mulheres que mais estão se infectando são justamente aquelas que se acreditam fora de qualquer risco, o que as torna mais vulneráveis. Cechim e Selli (2007, p. 7) também descobriram em suas pesquisas dados semelhantes, encontrando a chamada “vítima passiva”, que se dizia traída e contaminada dentro de seu lar pelo próprio marido/companheiro”.

Falcão (2008, p. 6) diz que “a trajetória da epidemia do HIV/AIDS evidencia claramente a vulnerabilidade da mulher que, apesar de todas as conquistas femininas do último século, ainda permanece em reações assimétricas de gênero nas questões conjugais, sexuais e sociais”. O autocuidado é uma prática ignorada, pois as mulheres aprenderam que o homem é quem deve tomar iniciativas, a exemplo da negociação de práticas sexuais mais seguras como o uso do preservativo. Adquirindo dessa forma, a contaminação das doenças sexualmente transmissíveis, principalmente o HIV/AIDS, o que pode levar ao aumento da transmissão vertical, por esta população encontrar-se em fase reprodutiva.

Estudos apontam que, a partir de meados dos anos 90, sinalizava-se, no Brasil e no mundo, o avanço da epidemia no sexo feminino com o vírus HIV e doentes de AIDS (SALDANHA; FIGUEIREDO; COUTINHO, 2005; BRASIL, 2008). A maioria das mulheres contrai o vírus através da relação sexual sem preservativos e com parceiro fixo. Mais de 94% do número de casos de AIDS registrados entre a população feminina em 2005 foram transmitidos por relações heterossexuais (BRASIL, 2006).

Como o número de casos de mulheres com HIV/AIDS cresceu, paralelamente aumentou o número de casos de AIDS em crianças, haja vista essas mulheres estarem em fase reprodutiva numa faixa etária entre 14 e 29 anos de idade, aumentando o risco de transmissão durante a gestação.

Embora algumas destas mulheres não tenham desenvolvido a doença, transmitem o vírus (BRASIL, s/d). O vírus na gestante poderá passar ou não para o bebê, devendo esta gestante procurar o posto de saúde para realizar o pré-natal onde será oferecido o teste anti HIV, entre outros exames de rotina. Em caso de diagnóstico positivo, a gestante será encaminhada ao serviço de referência para gestante com HIV/AIDS, o Serviço de Assistência Especializada Materno Infantil (SAE/ MI), visando a prevenir a transmissão do vírus para o bebê, onde ela receberá informações referentes aos cuidados consigo e com o bebê.

O crescimento da epidemia de AIDS em mulheres deve-se à condição de pobreza (dificuldade em chegar às informações), discriminação, violência, desigualdade de gênero e o controle dos homens nas tomadas de decisões apontando sua vulnerabilidade ao registrar menos poder de negociação em relação ao uso do preservativo. O perfil heterossexual e feminino da epidemia mundial já representa 50% da população infectada, confirmados como fatores determinantes ainda a desigualdade de gênero e toda forma de exclusão da mulher. (BRASIL, 2008).

O estudo de Carvalho e Piccinini (2008) examinou os aspectos históricos ligados ao feminino e ao maternal, buscando ampliar a compreensão sobre a maternidade no contexto da infecção pelo HIV/AIDS. Através da pesquisa bibliográfica, apresentaram uma revisão do papel da mulher ao longo da história, demonstrando a dissociação histórica do feminino dividido entre a mãe e a prostituta. Discute-se, ainda, as doenças sexualmente transmissíveis e as reações sociais diante destas infecções em mulheres e na maternidade no contexto de HIV/AIDS; destaca-se a presença das crenças sociais historicamente construídas a respeito dos comportamentos femininos como fatores que dificultam a prevenção de DST/HIV/AIDS em mulheres. Como resultado, destaca o fenômeno de infecção pelo HIV/AIDS em mulheres. Como resultado, os autores perceberam que os aspectos históricos do feminino e do maternal parecem estar intimamente ligados à identidade feminina. Os autores acharam ainda que, mesmo com todo o movimento social de mudança nas questões de gênero, nem sempre as mulheres conseguem modificar seus posicionamentos quanto à vivência da sexualidade. Desta forma, a adoção ou não de medidas preventivas ainda reproduz as representações hegemônicas de masculino e feminino, construídas culturalmente e que se mantêm vigentes nos dias atuais.

Pesquisa anterior já apontava nesta direção de vulnerabilidade do feminino. Cechim e Selli (2007) buscaram conhecer fatores geradores do medo que assola as mulheres soropositivas e consequências nas relações do cotidiano familiar, do trabalho e do convívio social. As autoras usaram o método descritivo e qualitativo para a coleta de dados, utilizando entrevistas semi estruturadas com 18 mulheres de 23 a 55 anos. Os resultados apontaram que o papel social da mulher de cuidar dos membros da família está ameaçado pela saída de casa em busca de tratamento e apoio junto aos serviços de saúde. A transmissão da infecção na mulher ocorre de maneira geral por seus parceiros, por via sexual, usuários ou não de drogas injetáveis. A confiança no parceiro constitui uma situação que ofusca o risco da contaminação. A mulher não se sente em situação de risco, porque não se considera

promíscua. O lar e o casamento é a prova de amor e respeito que o marido tem por ela. O diagnóstico de soropositiva a faz se defrontar com a traição e o desrespeito de seu parceiro.

A transmissão vertical (TV) se dá da mãe para o filho durante a gestação e na hora do parto. A maioria dos casos de transmissão vertical do HIV (cerca de 65% dos casos) ocorre durante o trabalho de parto e no parto; e os 35 % restantes ocorrem intra útero. O aleitamento materno representa riscos adicionais de transmissão do HIV ao bebê, que se renovam a cada exposição da criança ao peito, e situa-se entre 7 % a 22 % dos casos de transmissão vertical (Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e Terapia antirretroviral, MS, 2007, p. 10)

Desde 1995, com a implantação da política de redução da transmissão vertical, o Ministério da Saúde fornece o AZT injetável para gestantes e a versão oral para seus filhos. O uso de medicamentos para gestante inicia-se a partir da 14ª semana de gestação (a partir do 4º mês) e durante o trabalho de parto. Para o recém nascido é recomendado AZT durante as 42 primeiras semanas de vida (MS. 2007).

O Programa Nacional em HIV/AIDS adota ainda, desde 1997, a oferta universal do teste anti-HIV para as gestantes no pré-natal. Adotou-se ainda como estratégia de redução à transmissão vertical do HIV o uso do Teste Rápido-TR, a partir de 2004, priorizando as gestantes e as populações de difícil acesso e maior vulnerabilidade. O Ministério da Saúde e o Programa Nacional de DST e AIDS elaborou um Protocolo: “Recomendações Para a Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-Retroviral Para Gestantes 2007”, objetivando manejos clínicos (MS. 2007)

O Programa Nacional de DST e AIDS tem-se empenhado visivelmente na redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis em gestantes, ampliando recursos e estabelecendo metas registradas oficialmente no Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da sífilis, pactuando com estados e municípios. Este olhar diferenciado voltado para as necessidades singulares e ontológicas das mulheres fez o Governo Federal brasileiro investir, através do Ministério da Saúde, 38,8 milhões com exclusividade para a aquisição de antirretrovirais (coquetel) para as gestantes e bebês HIV positivos, inibidores de lactação, fórmula infantil e testes para HIV e sífilis infantil. Pretendeu-se com isto aumentar a cobertura de testagem para o HIV e sífilis do pré-natal (BRASIL, 2008). O Ministério da Saúde recomenda seguir o protocolo de tratamento antirretroviral, a fim dos médicos estabelecerem tratamentos mais seguros e eficazes, baseados nas melhores evidências científicas disponíveis, evitando as condutas que podem

trazer dano às pessoas que vivem com HIV/AIDS. Esses protocolos padrão são atualizados anualmente.

A transmissão vertical tem sido registrada quando não são realizadas as intervenções de profilaxia em cerca de 25% dos casos. No entanto, se as intervenções recomendadas pelo Programa Nacional de DST e AIDS forem realizadas, a taxa de transmissão vertical pode baixar para níveis entre zero e 2% dos casos (BRASIL, 2008).

A busca por um cuidado humanizado, sem preconceitos e nem juízo de valor, parece ter chegado aos ouvidos das autoridades, provocando-lhes motivação para desenvolver ações estabelecidas, levando em consideração aquelas trazidas pelas mais íntimas necessidades daqueles que vivem e convivem com o HIV/AIDS.

4.3 A GESTANTE COM HIV/AIDS: MATERNIDADE EM CONFLITO

A partir de uma perspectiva organicista, a gravidez pode ser compreendida como um fenômeno biológico e é conceituada como sendo o período de desenvolvimento intra-uterino dos bebês, iniciando-se na fertilização e finalizando no nascimento da criança, tendo duração variável (BAPTISTA; DIAS, 2003). Cabral (2003, 2005) afirma que a gestação tem duração em média de 38 semanas; no entanto, observa-se que a gestação não se resume e se encerra somente no aspecto orgânico/fisiológico, embora se perceba que é dela que se compreende a formação do fenômeno maternidade.

A maternidade está associada, ideologicamente, à essência natural do feminino, portanto, exclusividade das mulheres, tanto do ponto de vista biológico como espiritual. Dessa forma, reconhecer esta especificidade é voltar-se para garantir medidas seguras e eficazes que assegurem a saúde reprodutiva e sexual da mulher, evitando, assim, o elevado índice de morbidade e mortalidade dessa população, sobremaneira, as que se encontram à margem da sociedade (BEMFAM, 2005).

Estudos mostram que a gestação provoca na mulher alterações fisiológicas e psicossociais. Ao perceber que o corpo e a mente recebem estímulos não habituais, começa a enfrentar as estranhezas que a gravidez faz na mulher. É muito comum ter sentimentos de ansiedade, de não saber o que é melhor para a criança, de preocupação demasiada, de inexperiência ou inadequação com a situação (BAPTISTA; DIAS, 2003).

A gravidez traz para a mulher e para as pessoas com quem elas mantêm vínculos afetivos, mudanças e desafios, podendo provocar alterações psicossociais, a exemplo dos fatores psicológicos, sociais, econômicos e culturais (CABRAL, 2005). Naturalmente a

gestação na mulher desenvolve profundas alterações psicológicas, sociais e biológicas. Neste sentido, percebe-se como importante e necessário dispensar a esta mulher, parceiro e família uma rede de apoio visando ao cuidar integral através de ofertas de atitudes positivas para que não desenvolva pensamentos e sentimentos negativos a exemplo das mulheres que se descobrem soropositivos na gestação.

Percebe-se que vivenciar a maternidade traz para a mulher uma carga psicológica intensa, e que esta fica ainda mais pesada quando ela descobre ter o vírus da AIDS, neste período. O impacto ocasionado pelo diagnóstico poderá levá-la a “alterações psicossociais envolvidas no diagnóstico de infecção do HIV/AIDS durante uma gestação” (ETHIER et al, 2002 apud GONÇALVES; PICCININI, 2007).

Infectada com o vírus da AIDS na gestação, a mulher se depara com “uma nova gestação”. Então passa a temer que outras pessoas descubram sua condição de soropositiva e iniciam a luta para proteger o bebê que gesta do estigma ocasionado pela representação que a doença imprime. Neste momento, poderá ocasionar uma desconstrução do que significa para si o fenômeno maternidade, trazendo-lhe, desta forma, intenso sofrimento psíquico. Ademais, o impacto do diagnóstico do HIV/AIDS em gestantes tem provocado outros impactos igualmente importantes, como sinais de depressão e desordens somáticas (KWALOMBOTA, 2002 apud GONÇALVES; PICCININI, 2007).

A constatação do HIV/AIDS no período gestacional e, de forma mais ampla, maternal vem atingindo as mulheres no tocante ao seu papel de mãe e educadoras e no sustento financeiro de suas famílias (BEMFAM, 2005); o que pode trazer prejuízo em seu estado físico e emocional neste período singular em que se encontra.

Ao iniciar sua gravidez, a mulher vai à busca de informações acerca do seu pré-natal, para que possa melhor se adequar aos diferentes momentos que vivenciará. O acolhimento e as informações pertinentes ao seu estado gravítico lhes serão passados e compartilhados com a equipe multi e interdisciplinar de saúde, com parceiros e com familiares (BRASIL, 2003).

Descobrir-se com HIV é mergulhar num mar de angústia, desespero, tristeza, depressão, medo e receio de enfrentar familiares, na expectativa deles não entenderem o fato, dado o momento doloroso em que se encontram (SOARES; LIMA, 2005). O descobrir-se infectada estando gestante é considerado um momento terrível e único, tendo que enfrentar as adversidades impostas pela infecção.

A instalação do fator estresse e a busca de estratégias de enfrentamento diante da descoberta do diagnóstico positivo para o vírus da AIDS requerem grande esforço das

gestantes, muitas vezes esgotando todos os seus recursos de forças pessoais, impulsionando-as a buscar apoio ou suporte social (GONÇALVES; PICCININI, 2007).

É no pré-natal que a grávida irá encontrar maior segurança de levar sua gestação adiante, apesar da sua condição de soropositivo. O acolhimento dispensado trará e fará com que esta mulher encontre a tranquilidade de que tanto necessita, o que facilitará a aceitação ao tratamento das doenças que surgem a partir da infecção e a prevenir-se de outras. Neste período, será ainda submetida a avaliações físicas e subjetivas, visando conhecer a história de vida dessas mulheres e, a partir daí, “planejar as estratégias de promoção da saúde para cada visita subsequente, bem como para identificar as complicações potenciais” advindas da soropositividade (CABRAL, 2005, p. 138).

A arte do cuidar é uma tarefa que requer acolhimento dos profissionais de saúde às gestantes, visando a:

Minimizar a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, enfim, acolher e ajudar a parir e a nascer, assegurando o bem-estar do binômio mãe/bebe. Assim, acolher é um processo de inclusão do usuário do serviço de saúde na rede integrada de atendimento médico e psicossocial, conforme as expectativas e necessidades, percebidas ou não da gestante, configurando numa assistência humanizada (BRASIL, 2003, p. 20).

Estudos mostram que, ao descobrir-se na gestação infectada com o vírus da AIDS, a mulher tem-se colocado como em um momento singular em suas vidas, merecedoras de uma atenção especial frente aos inúmeros desafios enfrentados pela sua condição de soropositiva (PREUSSLER; EIDT, 2007). Desafios como tomar a profilaxia para prevenir que o vírus passe para o bebê; saber que não poderá amamentar; aguardar os primeiros resultados dos exames do recém-nascido, para se confirmar ou não a soroconversão do bebê. Toda esta situação especial de maternidade com que a mãe, o pai e os familiares irão se deparar gerarão diversos sentimentos e expectativas que deverão ser compartilhados com os profissionais de saúde (PREUSSLER; EIDT, 2007).

Dessa forma, a equipe de saúde precisa estar atenta e preparada para vivenciar todas as questões subjetivas das gestantes soropositivas para o HIV, ajudando-as a enfrentarem este conturbado momento maternal. Desta forma, a busca do conhecimento de suas culturas, de suas crenças, de suas percepções e de seus conflitos, bem como a formação de grupos compostos de mulheres que apresentam as mesmas dificuldades (permitindo-lhes a troca de informações e experiências) são ideias que podem ser fundamentais para a elaboração

de estratégias de enfrentamento adequadas para ajudar estas mulheres (COELHO; MOTA, 2005).

O Programa de Atendimento às crianças filhos de mães HIV positivo – Projeto Nascer – Maternidades, do Ministério da Saúde, objetiva capacitar equipes de multiprofissionais das maternidades cadastradas no programa, com vistas à reorganização do processo de trabalho para a melhoria da qualidade do atendimento à gestante, puérpera e recém-nascido, redução da transmissão vertical do HIV e controle da sífilis congênita (BRASIL, 2003). Este programa desenvolve ações como fornecimento de leite em pó até o 6º mês de vida, já que a mãe não pode amamentar seu filho, pois o vírus HIV é transmitido pelo leite materno. A criança sairá da maternidade com até 04 latas de leite e a continuidade do fornecimento do leite se dará na Unidade Local de Saúde, até a criança completar 06 meses com direito a 10 latas/mês; Além disso, o programa implementa acolhimento à gestante e aconselhamento na maternidade (BRASIL, 2003).

Por conseguinte, os sentimentos de culpa, medo, solidão e abandono contrastam-se com a concepção idealizada da maternidade, que dar à mulher a capacidade de gerar a vida e assumir um lugar social privilegiado. Logo, faz-se necessário constituir uma rede de apoio trans, multi e interdisciplinar, visando dar a estas mulheres grávidas a oportunidade de aprender a lidar com esta nova gestação, negociando mecanismos de enfrentamento, sobremaneira, no cuidar integral, humanizado. Buscar-se-á minimizar seus desconfortos biopsicossociais, ao mesmo tempo maximizar seu envolvimento espiritual/religioso ou a procura deste, a fim de dar-lhe condições de elaborar esta nova fase de sua vida marcada pelas consequências trazidas pelo diagnóstico do HIV/AIDS.

Promover a atenção e cuidado integral à saúde da gestante soropositiva significa oferecer-lhe um acolhimento voltado para suas necessidades física, mental, afetiva e espiritual, visando ao cuidado e à compreensão do ser humano na sua dimensão de indivíduo, de grupo social e em suas particularidades, subjetividades e articulação entre ações promocionais, preventivas e assistenciais disponíveis e acessíveis na rede de serviços comprometidos no processo de sofrimento e adoecimento dessa população (SOUTO, 2008).

Pesquisas confirmam que, mesmo descobrindo-se soropositiva para o HIV, a mãe continua transferindo este sofrimento para o enfrentamento no cuidado do filho que gesta. Rapidamente deixam de pensar em si para se preocuparem com o bebê, o que favorece sua adesão ao tratamento de prevenção da transmissão vertical. O medo de o filho contrair o vírus tem em sua maioria levado as mães a se cuidar melhor, em benefício do filho que está para nascer. Há relatos de que estas mães procuram apoio espiritual/religioso na esperança dos

filhos nascerem sem o vírus da AIDS e/ou quanto à aceitação de viver com o vírus (BRASIL, 2006).

Estar gestante já é o suficiente para que esta vivencie uma relação bipessoal, a descoberta do cuidar e ser cuidado, do amor incondicional, dessa comunicação silenciosa ou direta (WINNICOTT, 1982 apud PAES, 2005). Da empatia, de ser “igual” que predispõe a comunicação transparente entre mãe-bebê (CAMPOS, 2005). É um sentir subjetivo e espiritual diante desse processo que ora vivencia. É um saber que deve indiretamente levá-la, na condição de ser humano, à espiritualidade, comenta Novaes (2004).

4.4 ESPIRITUALIDADE: FERRAMENTA DE ENFRENTAMENTO À AIDS

A espiritualidade tem sido atualmente muito estudada em sua relação, importância e significados no processo saúde-doença. Cientistas, médicos pesquisadores, acadêmicos tentam de forma intensa e frequente relacionar os efeitos da espiritualidade aos efeitos benéficos na vida das pessoas e, especialmente, no resgate da saúde.

A palavra espiritualidade, cujo conceito popularizou-se no âmbito da cultura norte-americana, a partir de 1960, vem se desenvolvendo no campo da saúde, caracterizada pelos diversos conceitos a ela atribuídos (PAIVA, 2005). Apesar de haver muito uso do termo espiritualidade, religiosidade e religião como similares, sinônimos, sabe-se que cada um deles tem significado próprio.

Espiritualidade refere-se “a experiência de contato com esta dimensão que vai além das realidades consideradas normais na vida humana, que transcende. Seria a arte e o saber de tornar viver orientado e impregnado pela vivência da transcendência” (BOFF, 2001 apud VASCONCELOS, 2006, p. 30). Já a religião é “a organização institucional e doutrinária de determinada forma de vivência” (VASCONCELOS, 2005, p. 29). O termo religiosidade, segundo Camon (2004, p. 12) expressa à ideia de “busca de estabelecer uma forma de relação com o sagrado”.

Para Paiva (2005), o termo espiritualidade “é a busca de sentido, de unidade, de conexão e de transcendência. É algo espontâneo, informal, criativo e universal; significa autêntica experiência interior, liberdade de expressão individual, de busca e mesmo de experimentação religiosa”. Por religião “entende-se o organizacional, o ritual e o ideológico” (PAIVA, 2005, p. 35). Para este autor, a religiosidade remete a uma relação do homem com um ser transcendente.

De maneira geral, as religiões são criadas como uma estrutura para um sistema de crenças, valores, códigos de condutas e rituais, apresentando os componentes de fé, ou crença, esperança e amor. O indivíduo que tem crenças religiosas sente em si mais força, o que pode ser um instrumento eficaz nos momentos de enfrentamento de situações estressantes (SALDANHA, 2003).

As estratégias de enfrentamento servem para desenvolver habilidades para o domínio das situações de estresse. São mecanismos que o indivíduo desenvolve para enfrentar problemas ou situações ditas estressantes, o que corresponde a esforços cognitivos e comportamentais constantemente alteráveis para controlar (vencer, tolerar ou reduzir) demandas internas e externas específicas, que são avaliadas como excedendo os recursos do indivíduo (SEIDL, 2005).

A dimensão da espiritualidade torna-se realmente de grande importância na busca de cuidados paliativos para dor física, psicológica ou subjetiva. O cuidado paliativo é a modalidade de assistência que abrange a dimensão humana, além das dimensões física, emocional como propriedades dos cuidados oferecidos, reconhecendo a espiritualidade como fonte de grande bem estar e de qualidade de vida ao se aproximar a morte (WACHHOLT; KEEFE, 2006 apud PERES; ARANTES; LESSA; CAOUS, 2007).

Para Teixeira (2005, p. 25), “o aprofundamento da espiritualidade requer a conversão da pessoa ao que há de mais íntimo nela” sendo a conversão do coração a essência para a experiência espiritual. Este autor entende que o processo de conversão ocasionará na pessoa uma mudança espiritual capaz de transformar sua vida e tudo que há em sua volta, pois esta transformação exercerá não só influência no interior da pessoa, mas na interação que esta exerce consigo e com seu meio externo.

A espiritualidade ainda “expressa o sentido profundo do que se é e se vive de fato” (VALLE, 2005, p. 101). É uma necessidade psicológica constitutiva de todo ser humano e consiste essencialmente em uma busca pessoal de sentido para o próprio existir e agir. Promove também um direcionamento das crenças e reorienta os objetivos da vida das pessoas, mas sem fugir dos questionamentos e compromissos que se impõe, ajudando-as a ter força para se comprometer com eles.

Estudos mostram que no contexto da espiritualidade existe uma ferramenta poderosa que se constitui como enfrentamento na busca de sentido e significado para viver. De acordo com Giovanetti (2005, p. 139), “a busca de sentido interior é o que dará luz à existência humana”. Aliada a esta busca de sentido, encontra-se a esperança e a fé. Koenig (apud LEVIN, 2001, p. 143) destacou que “a fé promove a esperança e nos permite suportar o

sofrimento, sua ligação com a esperança é, provavelmente, universal”. Estes sentimentos, muitas vezes perdidos ou adormecidos, são ocasionados por situações que ameaçam a vida (FARRIS, 2005, p. 165), tais como os processos de adoecimento.

As atividades religiosas fazem parte da vida cotidiana de algumas pessoas e, mais intensamente, durante a complexidade do processo de adoecimento, tornando-se elemento importante na superação do sofrimento existencial.

A literatura dos últimos anos tem substancialmente estreitado a relação entre a busca da cura e a espiritualidade. A ciência começa a se render a esta variável (a espiritualidade) na busca de um sentido que parece suavizar os desconfortos e angústias trazidos pelas adversidades da vida, tais como as doenças. Castanha, Coutinho e Saldanha (2005, p. 183) argumentam que é dessa maneira que “os soropositivos encontram na crença religiosa um grande auxílio para suportar as privações e angústias impostas pela doença”. Estas autoras afirmam que muitos estudos abordam as diferentes estratégias pelas quais as religiões reinterpretem a experiência da doença e modificam a maneira pela qual o doente e o meio social definem o problema.

Neste direcionamento, é de grande relevância a compreensão da espiritualidade/religiosidade como instrumento na busca de sentido da vida, promotor de esperança para as pessoas que vivem com HIV/AIDS, em especial para as gestantes.

4.4.1 O impacto do diagnóstico do HIV/AIDS em gestantes: contribuição da dimensão da espiritualidade

Vários estudos apontam para o impacto do diagnóstico do HIV/AIDS nas pessoas. Por exemplo, o estudo de Castanha et al (2004) objetivou avaliar as consequências biopsicossociais da AIDS na qualidade de vida de soropositivos para o HIV. Entrevistou 26 sujeitos utilizando a análise de conteúdo de Bardin. A análise apontou para a emergência de duas categorias: AIDS e Consequência da AIDS na Qualidade de Vida, ambas subdivididas em subcategorias. Os resultados dizem que as consequências biopsicossociais deixam evidentes as influências da AIDS na qualidade de vida de soropositivos para o HIV.

A revisão da literatura apresenta uma gama de estudos sobre as consequências biopsicossociais da descoberta do HIV/AIDS em gestantes, tais como podem ser observados nos relatos de pesquisa a seguir.

Gonçalves e Piccinini (2007) investigaram o impacto da profilaxia para a prevenção da transmissão vertical sobre as experiências da gestação, do parto e do puerpério;

as características dessa doença e o imaginário social construído em relação à epidemia de HIV/AIDS. Os dados e as análises foram baseados em estudos e pesquisas publicadas que indicaram que a infecção pelo HIV/AIDS pode alterar, de muitas formas, a experiência de gestação e da maternidade, gerando sobrecarga psicológica, estigma, transmissão do vírus para a criança. Os resultados dos estudos evidenciam que esta tem impacto singular sobre as mulheres no que diz respeito à sua vida, à sua experiência como mães, especialmente no período de transição para a maternidade. Verificou-se que a infecção pelo HIV/AIDS parece acrescer o processo subjetivo da gestação e da maternidade de uma complexidade muito maior; em geral, com sentimentos negativos. A sobrecarga psicológica das mães portadoras do HIV/AIDS retrata uma vivência de maternidade com dificuldades emocionais, somando-se à intensidade do estigma social e a inúmeros fatores familiares, sociais e econômicos. A inclusão da família nas ações de saúde direcionadas para portadores de HIV/AIDS e a busca pela manutenção de uma identidade materna positiva, para que os filhos guardem das mães uma lembrança positiva, são também achados deste estudo.

No ano seguinte, Araújo et al (2008) analisou o enfrentamento e as percepções das gestantes em relação ao resultado do teste anti-HIV. Este estudo trata-se de uma pesquisa descritiva com gestantes, nas quais a descoberta do HIV/AIDS ocorrera durante a gravidez. Utilizou-se a história real temática para a coleta de dados de 06 mulheres que se encontravam em acompanhamento no pré-natal, num hospital de referência para gestantes em Fortaleza, Ceará. A análise concentrou-se nas experiências vividas e no enfrentamento do diagnóstico. Os resultados apresentaram que as gestantes desenvolveram diferentes maneiras de enfrentar a nova realidade imposta pelo resultado positivo. A negação e o medo de transmitir o vírus para o bebê são as primeiras reações das gestantes. Posteriormente, aparecem as atitudes positivas, o apoio familiar e o suporte emocional oferecido pelos profissionais, auxiliando no enfrentamento do resultado, minimizando angústias e medos. A conclusão desta pesquisa é de que o resultado positivo para o HIV traz muito sofrimento às gestantes e que se faz necessário suporte emocional sistemático por meio de um aconselhamento continuado.

O autor também publicou outro estudo, em 2008, que visou identificar as experiências de 01 gestante e 03 puérperas portadoras do HIV com a quimioprofilaxia para a prevenção da transmissão vertical através de um estudo qualitativo. A coleta de dados deu-se através de entrevista e a análise em três categorias: 1) a revelação do diagnóstico aos familiares, 2) o aconselhamento, e 3) a vivência das recomendações para a profilaxia da transmissão vertical. Araújo et al (2008) verificaram que as gestantes portadoras do vírus HIV enfrentaram situações divergentes e conflitantes resultando em diversos sentimentos negativos

e que a família torna-se um ponto fundamental nesse processo, por ser fonte primária no compartilhamento do diagnóstico. Entretanto, algumas não recebem o apoio necessário, o que a fragiliza, tornando-as susceptíveis a distúrbios emocionais. Constatou-se, desta forma, a importância do apoio oferecido pelo parceiro sexual, facilitando a adesão ao tratamento para a profilaxia da Transmissão Vertical; além da relevância do aconselhamento no processo de tratamento, tendo a escuta como abordagem que se destaca.

No mesmo ano, Rigoni et al (2008) objetivou investigar os sentimentos de mães portadoras de HIV/AIDS em relação ao tratamento preventivo do bebê. Foram entrevistadas seis mães portadoras de HIV/AIDS, em idades entre 22 e 42 anos. Utilizou-se a análise de conteúdo qualitativa que identificou quatro categorias temáticas relacionadas aos sentimentos das mães quanto: ao diagnóstico do bebê, à impossibilidade de amamentar, à saúde do bebê, ao tratamento preventivo do bebê. Os autores concluíram que sentimentos maternos de medo e ansiedade mostraram-se presentes e contrastaram com a confiança da mãe em um desfecho positivo do tratamento do bebê. Os autores sugeriram elaborar intervenções psicológicas junto a essas mães para atenuar os sentimentos maternos de medo e ansiedade apresentados por estas mulheres.

No ano seguinte, Braga (2009), em sua dissertação, analisou a maternidade para a mulher HIV positiva, visando identificar, a partir das representações sociais, o sentido atribuído à maternidade pela mulher HIV positiva, bem como analisar como as representações da maternidade se fazem presentes na vida da mulher positiva. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, que entrevistou 22 mulheres em idade reprodutiva, entre 19 e 45 anos de idade, soropositivas para o HIV, que tiveram filhos após o diagnóstico. Os resultados apontam que a mulher soropositiva que vivencia a maternidade, experimenta momentos de grande vulnerabilidade, embora adotem atitudes de resiliência, buscando apoio na fé, na terapia antiretroviral e no cuidados dos filhos, e promovem o autocuidado. A autora conclui que existe um desafio voltado para a prática do cuidado no que concerne à atenção integral da mulher soropositiva, principalmente enquanto vivencia ou deseja vivenciar a maternidade.

Todavia, como se pode perceber, os estudos trazem poucos achados sobre a contribuição da espiritualidade frente ao diagnóstico reagente para HIV/AIDS durante a gestação da mulher.

Campos (2007) abordou a necessidade que os seres humanos têm de um suporte social sobremaneira quando estão doentes. Para o referido autor, o conceito de suporte social foi construído através do estabelecimento de vínculos interpessoais, grupais ou comunitários

próximos, proporcionando sentimento de proteção e apoio às pessoas envolvidas e, de outro, a repercussão desses vínculos na integridade física e psicológica dos indivíduos. Neste estudo, além do suporte social, o interesse está voltado à busca de um suporte espiritual para o enfrentamento do diagnóstico soropositivo em gestantes.

Estas gestantes poderão desenvolver alterações de ordem fisiológica, psicológica, necessidade de apoio espiritual e/ou religioso diante do imaginário social construído em relação à epidemia de HIV/AIDS. Esse impacto poderá levá-las a manifestar atitudes favoráveis ou desfavoráveis, repercutindo no parceiro, na família e, especialmente, no seu tratamento e do seu bebê.

O cuidado com estas gestantes constitui-se como uma das manifestações incluídas nas prerrogativas da espiritualidade. Vasconcelos (2006, p. 361) ressalta que “não há como deixar de cultivar e zelar pela dimensão espiritual do ser humano, sem a qual ele adoece e se torna infeliz”. Este autor comenta ainda que:

Não há como cuidar da pessoa inteira deixando de estar presente no processo como outra pessoa inteira, e para isso é necessário criar uma nova espiritualidade. É a espiritualidade que proporciona e aciona um novo potencial de ser humano, sendo uma importante concretização do cuidado (VASCONCELOS, 2006, p. 360/361).

A influência, nos dias atuais, da dimensão religiosa/espiritual no processo saúde/doença vem guiando os profissionais de saúde a vencer tabus e preconceitos diante do tema. Tomando o cuidado de respeitar a pluralidade e diversidade religiosa daqueles pacientes que por eles são cuidados. Tentar aprender com eles, trocar conhecimentos entre suas afiliações religiosas ou outras denominações, uma vez que estudos parecem garantir que esta dimensão, quando referendada, traz benefícios positivos para quem dela se apropria.

Compreender e acolher gestantes recentemente diagnosticadas como HIV positivas exige apoio dos profissionais de saúde, bem como da família, parceiros, amigos, entre outros. É necessário também que estes estejam disponíveis para escutar e orientar estas mulheres, desprovidos de juízo de valor, para que elas se percebam amparadas, porque “portar o HIV gera sofrimento e medo e a gravidez transcorre permeada de estresse e insegurança em relação ao futuro” (ARAÚJO et al, 2008, p. 220). Desta forma, além de conduzi-las a “seguimento adequado de tratamento, devido às muitas dificuldades que as mesmas têm que enfrentar e superar” (ARAÚJO et al, 2008, p. 3), recomenda-se proporcionar a estas gestantes estratégias que englobem um bem-estar físico, psicológico e espiritual.

A literatura mostra que o enfrentamento após o diagnóstico do vírus da AIDS, a busca do apoio espiritual/religioso indicam uma significativa recorrência. As gestantes demonstraram que a busca pelo suporte espiritual/religioso surtiu efeitos positivos para que enfrentassem melhor o diagnóstico do HIV/AIDS na gestação. Segundo Gonçalves e Piccinini (2007, p. 5), “Muitas mulheres no momento da descoberta da gravidez coincide com a descoberta da infecção ou com a revelação do diagnóstico na família e na relação amorosa, fatores estes que podem tornar a situação ainda mais dramática”.

Segundo Vasconcelos (2006), a afiliação religiosa das pessoas com HIV/AIDS continua presente de forma relevante em suas vidas. Espera-se que este fenômeno contribua com as gestantes e com aquelas que não têm definição sobre seu seguimento espiritual/religioso; que elas encontrem na espiritualidade um suporte emocional e psicológico para enfrentar esta nova gestação, utilizando-se das prerrogativas naturais que o próprio fenômeno maternidade oferece, como exclusividade, à mulher, independente de sua condição sorológica. Haja vista, neste momento de subjetividade da gestante e o impacto do diagnóstico do HIV/AIDS, “poucos estudos brasileiros sobre aspectos psicológicos da maternidade neste contexto do HIV foram encontrados” (GONÇALVES; PICCININI, 2007, p. 2).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 DESCRIÇÃO DO PERFIL DAS GESTANTES

As gestantes possuem uma média de idade de 30 anos (DP = 6,875), variando entre 20 e 40 anos de idade. O estado civil da maioria das mulheres (N=7) é casado ou vive em união estável, representando 87,5% da amostra, tal como mostra a tabela 1.

Tabela 1. Estado civil das gestantes entrevistadas.

Estado civil	N	%	% Acumulada
Casada/união estável	7	87,5	87,5
Separada/divorciada	1	12,5	100,0
Total	8	100,0	

Percebe-se na tabela 1 que as mulheres infectadas se inserem na categoria de idade reprodutiva. Tal como Cechim e Selli (2007, p. 2), que encontraram uma maior expansão do número de casos entre mulheres, principalmente, na faixa etária entre 20 e 49 anos. Pesquisas demonstram “[...] que a maior parte das mulheres portadoras do HIV/AIDS está em fase reprodutiva, sendo que o aumento das taxas de transmissão materno-infantil do vírus desperta especial atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a; SZWARCOWALD & CASTILHO, 2000 apud GONÇALVES e PICCININI, 2007, p. 3). Constatações direcionadas às mesmas preocupações de perceber o aumento de mulheres reprodutivas vulneráveis e/ou com HIV/AIDS foram levantadas nas pesquisas, onde se chegou à conclusão de que “O aumento de casos em mulheres leva a que cada vez mais existam gestantes portadoras de HIV/AIDS” (CARVALHO e PICCININI, 2008, p. 6). As relações heterossexuais são apontadas como responsáveis pelo elevado índice de contaminação pelo vírus da AIDS “[...] estimulados pela tendência de heterossexualização da epidemia. Estudiosos têm defendido a noção de vulnerabilidade à contaminação pelo HIV/AIDS, na qual se incluem aspectos socioeconômicos, psicossociais e também relações de gênero (AYRES, 2002 apud GONÇALVES e PICCININI, 2007, p. 4).

Neste sentido, a tabela 1 traduz também um percentual elevado com relação à união estável das gestantes, o que corrobora os achados de Carvalho e Piccinini (2008, p. 5). Os autores afirmam que:

[...] os dados da vigilância epidemiológica revelam que tais índices (de HIV/AIDS) são altos entre a população de mulheres casadas que mantêm relações sexuais somente com seus maridos. [...] as mulheres que estão mais se infectando são justamente aquelas que se acreditam fora de qualquer risco, o que as torna mais vulneráveis.

Crenças arraigadas de histórias passadas, molduradas de exclusão da mulher seguem ainda nos dias atuais, predizendo os comportamentos destas, principalmente os reprodutivos e os sexuais. Neste sentido, elas “acreditam que o casamento constitui proteção e essas ideias são reforçadas pelos próprios companheiros. [...] dificultando encararem de forma direta os seus riscos”, comenta Carvalho e Piccinini (2008, p. 5).

Observe que a escolaridade da maioria das mulheres (N=7) é fundamental incompleto, representando 87,5% da amostra, tal como demonstra a tabela 2.

Tabela 2. Escolaridade das gestantes entrevistadas.

Escolaridade	N	%	% Acumulada
Fundamental incompleto	7	87,5	87,5
Médio	1	12,5	100,0
Total	8	100,0	

A tabela 2 aponta para a pobreza, a baixa escolaridade e a exclusão social como fatores que, além de proporcionar uma velocidade maior na disseminação da infecção pelo HIV, trazem as consequências da interface da transmissão materno infantil (FALCÃO, 2008, p. 3). As pesquisas apontam que a baixa escolaridade parece contribuir para o avanço da infecção do vírus da AIDS, por inibir a compreensão das informações afastando estas pessoas do acesso ao conhecimento, colocando em risco a sua saúde.

Ferreira (2008, p. 2) afirma que a baixa escolaridade constitui-se como um dos fatores determinantes da vulnerabilidade feminina, não apenas para a aquisição do HIV/AIDS, mas também para a evolução clínica da infecção. Percebe-se ainda que as mulheres são atingidas mais precocemente que os homens, possuem menor escolarização, maiores índices de pauperização e usualmente têm um único parceiro nos anos anteriores à infecção” (Manual Boas Práticas de Adesão HIV/AIDS-Atualização, 2008, p. 42).

Das gestantes, 75% delas (N=6) professam a religião católica. Observa-se que apenas uma (12,5 %) das gestantes afirmou professar a religião evangélica e as que não têm religião, 12,5% (N=1). A tabela 3 mostra a distribuição das religiões pelas gestantes.

Tabela 3. Afiliação religiosa das gestantes entrevistadas.

Afiliação religiosa	N	%	% Acumulada
Católicas	6	75,0	75,0
Evangélicas	1	12,5	87,5
Não tem religião	1	12,5	100,0
Total	8	100,0	

Estudos apontam a importância que a afiliação religiosa exerce no binômio saúde/doença, mesmo quando não se registre uma prática efetiva. “Estudos indicam que o compromisso com a religião, expresso como afiliação a uma denominação ou a uma igreja ou sinagoga ou participação como membro de uma delas, pode exercer um efeito de proteção contra possíveis doenças” (LEVIN, 2001, p. 37). No enfrentamento das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS, o aspecto religioso é “o favorecimento de emoções e sentimentos de conforto, sensação de força, poder e controle, facilitação da aceitação da doença, alívio do medo e da incerteza perante a morte, disponibilidade de suporte social e senso de pertencimento” (SIEGEL; SCHRIMSHAW, 2002 apud BRAGA, 2009, p. 61).

Percebe-se, neste sentido que, embora se visualize a predominância da religião católica, o mais importante é que este apoio religioso e/ou espiritual represente e permita de fato que estas mulheres possam suavizar “os desconfortos e as incertezas constantes no enfrentamento da maternidade na condição do HIV” (BRAGA, 2009, p. 59). Mesmo para aquelas que não expressam ter uma afiliação religiosa, o que não implica que estas não direcionem a sua fé ou esperança para algo em que particularmente acreditem. “Ter uma vida religiosa ou espiritual ativa é um fator de proteção” (LEVIN, 2001, p. 23).

A tabela 4 mostra em que mês de gestação encontram-se as gestantes entrevistadas. Percebe-se que a maioria das gestantes estava, no momento da entrevista, no 8º mês (N = 3 gestantes) e no 9º mês (N = 2 gestantes), representando conjuntamente 62,5% da amostra total.

Tabela 4. Mês de gestação das gestantes entrevistadas.

Mês de gestação	N	%	% Acumulada
3 meses	1	12,5	12,5
5 meses	1	12,5	25,0
7 meses	1	12,5	37,5
8 meses	3	37,5	75,0
9 meses	2	25,0	100,0
Total	8	100,0	

Visando diminuir a transmissão vertical, foram adotadas medidas de intervenção, produto advindos de estudos em (em 1994) como os do Protocolo de nº 076 do Pediatrics Aids Clinical Trial Group (PACTG 076) e outros realizados na Europa, Estados Unidos, África e Ásia. Tais intervenções seriam de cunho preventivo ao recém-nascido, como o uso de antirretrovirais para as gestantes infectadas pelo HIV/AIDS; o parto por cirurgia cesariana eletiva, o uso de quimioprofilaxia com o antirretroviral zidovudina (AZT) na parturiente e no recém-nascido-RN e a não amamentação (2007, p. 9).

Reconhecem-se como eficazes as iniciativas do governo brasileiro na formulação e implementação de políticas públicas voltadas para a saúde da mulher de forma integral, mormente no caso das gestantes infectadas pelo HIV/AIDS. Embora, perceba-se que nem todas as gestantes se submetem às intervenções de seu tratamento recomendadas pelo Ministério da Saúde; portanto, para elas:

No Brasil [...] embora essas intervenções estejam disponíveis para toda a população de gestantes infectadas pelo HIV e seus filhos, as dificuldades da rede em prover diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV, a cobertura insuficiente de mulheres testadas no pré-natal, principalmente nas populações mais vulneráveis ao HIV, e a qualidade do pré-natal e da assistência ao parto aquém do desejável [...] (BRASIL - Recomendação para a profilaxia da transmissão Vertical do HIV e terapia anretroviral em gestantes/MS, 2006, p. 7).

O Ministério da saúde brasileiro recomenda ainda que sejam viabilizadas outras medidas de proteção para as gestantes infectadas pelo HIV/AIDS, para que todas as gestantes infectadas comecem as intervenções da quimioprofilaxia, as quais “devem ser iniciadas a partir da 14^a de gestação até o clampeamento do cordão umbilical” (op., cit., p. 19).

Para aquelas gestantes que tem conhecimento de seu estado positivo para o HIV, após os três meses de gestação, as recomendações permanecem as mesmas das que iniciam

no período recomendado. Recomenda-se que “as mulheres que, apesar de testadas, chegarem ao momento do parto sem o resultado da sorologia realizada, aconselhar e realizar o diagnóstico na maternidade, utilizando testes rápidos-TR, anti-HIV” (MS, 2007). Muitas vezes os resultados dos exames feitos no pré-natal, inclusive e principalmente o do HIV, sofrem demora na entrega dos resultados.

Por todas estas questões, como forma de proteger e reduzir a transmissão Vertical-TV do binômio mãe-bebê, o governo federal brasileiro, através do Ministério da Saúde, adotou “Como estratégia o uso do teste rápido que foi intensificado priorizando as gestantes de difícil acesso e maior vulnerabilidade” (RESPOSTA +, 2008, p. 38).

A tabela em análise mostra uma visível tendência das gestantes em se encontrarem num período mais avançado da gestação, o que parece confirmar suas dificuldades de acesso aos serviços de saúde, por razões já citadas, além dos fatores de cunho psicossociais, políticas e espirituais.

5.2 ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO

Em uma escala de 0 (nada religiosa) a 10 (extremamente religiosa), as gestantes se consideram bastante religiosa, apresentando uma média de 6, 875 pontos (DP = 3,226). Ressalta-se que apenas uma das gestantes apontou não se considerar nada religiosa (apresentando nota 0).

A maior parte das gestantes (N=6, 75%) afirmou realizar práticas religiosas privadas em seu cotidiano. As práticas mais frequentes entre estas mulheres foram rezar, orar e louvar, conforme pode ser observado na tabela 5. Ressalta-se que as participantes poderiam marcar mais de uma opção de práticas religiosas.

Tabela 5. Práticas religiosas realizadas pelas gestantes.

Práticas religiosas	N
Rezar	5
Orar	4
Louvar	4
Fazer promessas	3
Ler a Bíblia	2
Dar o dízimo ou ofertas	2
Ir à igreja	2
Assistir missa na TV	1

Considerar a dimensão religiosa e/ou espiritual da pessoa que se encontra com a saúde ameaçada ou doença instalada parece estar trazendo uma contribuição importante e de completude para as pessoas que a ela recorrem; e inquietações e amplas divisões de opiniões por parte dos estudiosos da saúde, da pesquisa e dos questionamentos dos que cobrem o universo reificado, a exemplo da opinião de alguns cientistas americanos. Levin (2001, p. 62) examinou em diferentes estudos que “A ligação positiva entre a prática religiosa e a saúde persistia independentemente da condição particular de doença e de saúde. “Que um grande volume de descobertas recém publicadas projeta ainda mais luz sobre a relação entre a participação religiosa organizada e a saúde” (LEVIN, 2001, p. 65).

Vasconcelos (2006, p. 24) percebe que:

As práticas religiosas têm estado presentes no trabalho de saúde de forma pouco crítica e elaborada, uma vez que nele se infiltram de modo silencioso e não debatido. Apesar de o elemento religioso estar presente de modo importante na forma como os pacientes elaboram suas crises de saúde [...].

Recorrer a práticas religiosas e/ou espirituais parece revelar nas pessoas, especialmente as doentes, de forma ainda mais específica as gestantes portadoras do Vírus da AIDS estratégias de enfrentamento através de sentimentos de esperança e na busca incessante de razões que minimizem suas angústias, incertezas, dor, sofrimento e morte. Na maioria das vezes, encontrada e apostada no filho que gesta.

Percebe-se na análise da tabela 5 uma atividade religiosa voltada mais para uma prática privada, mesmo direcionada para religiões consideradas institucionalizadas. Neste sentido, estudos indicam que as práticas religiosas e/ou espirituais “indicam que não são

apenas as profissões de fé formais em Deus que são benéficas para o nosso bem estar geral. A simples afirmação de que se é religioso ou espiritualista é um determinante forte e surpreendentemente coerente da saúde física e mental” (LEVIN, 2001, p. 133).

Na análise descritiva da Escala de Religiosidade e Enfrentamento a Problemas de Saúde, mostra a tabela 6 que 50% das gestantes (N = 4) concordam totalmente com que ir à igreja/centro/reunião alivia o medo da morte. Observa-se ainda que a maior parte delas (N = 5; 62,5%) concordam com que ir a estes locais reduz o sentimento de culpa.

Das 8 gestantes participantes desta pesquisa, 37, 5 % (N = 3) delas afirmaram que ir às instituições religiosas oferece apoio social (ajuda de outras pessoas). Todavia, ressalta-se que esta afirmativa apresentou a opinião mais dispersa, conforme pode ser observado na tabela 6.

Por fim, 75,0 % das gestantes (N = 6) concordam totalmente que ir à igreja/centro/reunião influenciaram-nas a mudarem conceitos e práticas.

Vários motivos impedem que as pessoas frequentem com regularidade instituições religiosas como igrejas, centros, reuniões, sinagogas, templos, outros. Estudos mostram que um dos motivos é não simpatizarem com os serviços das instituições organizadas. Para manter uma relação espiritual com Deus, com o divino ou com o sagrado não implica necessariamente em dirigir-se a estes lugares. Do ponto de vista do apoio social, “Há outras maneiras de se entrar em contato com as pessoas em locais de culto espiritual” (LEVIN, 2001, p. 77). Embora dados de um estudo escocês relatar que “as pessoas que frequentavam igrejas regularmente, independentemente da afiliação religiosa tinham menos sintomas físicos e mentais do que as pessoas que estavam aliadas a uma religião, mas não participavam das atividades religiosas” (LEVIN, 2001, p. 63).

A percepção positiva que a referida tabela sugere é que de alguma forma, a dimensão religiosa/espiritual faz-se presente no cotidiano das gestantes deste estudo; uma vez que esta tem levado as pacientes a resgatarem o que pensavam haver perdido, a condição de ser humano, de cidadania. Com todos os seus direitos e deveres mantidos e preservados.

Tabela 6: Frequência de concordância das gestantes com as afirmativas da Escala de Religiosidade e Enfrentamento a Problemas de Saúde.

Para mim, ir à igreja/centro/reunião...	Discordo totalmente	Discordo em parte	Nem concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo totalmente	Total
Traz emoções positivas e sentimentos de conforto.	-	-	-	1	7	8
Oferece apoio espiritual mediante uma relação com Deus.	-	-	1	-	7	8
Facilita a aceitação das dificuldades em minha vida.	-	1	1	-	6	8
Oferece força e sensação de controle.	-	-	2	-	6	8
Diminui o impacto emocional causado pelas situações difíceis.	-	1	2	-	5	8
Ajuda a preservar a minha saúde.	-	1	3	1	3	8
Alivia o medo da morte.	1	2	1	-	4	8
Reduz o sentimento de culpa.	1	1	1	-	5	8
Oferece apoio social (ajuda de outras pessoas).	1	1	2	1	3	8
Me influencia a mudar conceitos e práticas.	-	1	1	-	6	8

Na tabela 7 foram expressas as frequências de alguns estados emocionais que as gestantes afirmaram sentir ultimamente. No tocante aos sentimentos positivos, nota-se que 2 das gestantes (25%) afirmaram não sentir nenhuma felicidade (nada); e a mesma porcentagem

afirmou sentir-se mais ou menos feliz. Das 8 gestantes, 4 (50%) afirmaram não se sentirem nada satisfeitas. A maior parte delas também afirmou sentir-se pouco divertidas (N =3; 37,5%) e mais ou menos alegres (N =3; 37,5%).

Tabela 7. Frequência de concordância de sentimentos e emoções apresentados pelas gestantes.

Sentimentos Emoções	Nada	Muito pouco	Pouco	Mais ou menos	Bastante	Muito	Extrema- mente	Total
Feliz	2	1	1	2	1	1	0	8
Deprimido	2	0	1	3	0	1	1	8
Satisfeito	4	1	1	1	0	1	0	8
Frustrado	2	0	0	2	2	0	0	8
Raivoso	2	2	1	1	0	0	2	8
Divertido	1	2	3	1	0	1	0	8
Preocupado	0	1	1	0	4	1	1	8
Infeliz	1	2	1	1	0	2	1	8
Alegre	2	0	2	3	0	1	0	8

Em relação aos sentimentos negativos, pode-se constatar que 3 das gestantes (37,5%) afirmaram se sentir mais ou menos deprimidas. As gestantes demonstram apresentar uma difusão no sentimento de frustração, em que 2 delas (25%) afirmaram não estar nada frustradas, 2 gestantes (25%) afirmaram estar mais ou menos frustradas e outras duas (25%) se sentem bastante frustradas.

O sentimento de raiva também dividiu a opinião das gestantes, pois a mesma porcentagem de gestantes (N = 2; 25%) afirmou estar nada raivosa, muito pouco raivosa e extremamente raivosa. Por outro lado, não houve divisão de opinião no que se refere à preocupação, pois a maior parte das gestantes afirmaram sentir-se preocupadas (N=4, 50%).

Das 8 gestantes, duas delas (25%) afirmaram sentir-se muito pouco infelizes. No entanto, a mesma porcentagem (N = 2; 25%) também afirmaram sentir-se muito infelizes.

Os dados apontam que ser portadora do HIV/AIDS ainda é hoje uma condição muito delicada e complexa, ainda mais na situação de gestante, mesmo considerando os avanços da terapêutica antirretroviral. O efeito subjetivo ocasionado por saber-se positiva para o HIV tem proporcionado a estas mulheres momentos de muita indignação, sofrimento,

desespero, culpa, vergonha e medo. Quando gestante e pela primeira vez se descobre infectada pelo vírus da AIDS, estes estados se intensificam a ponto de apresentarem instabilidades psíquicas, emocionais e afetivas. “Sozinhas, as gestantes passam a desenvolver alternativas para lidar com essa nova realidade” (ARAÚJO et al, 2008, p. 218). Araújo et al (2008, p. 219) enfatiza ainda que [...] “no período gestacional, a soropositividade para o HIV representa uma preocupação e sobrecarga emocional adicional, devido a possibilidade de transmissão do vírus para o bebê”.

Na análise descritiva da Escala de Satisfação com a Vida da tabela 8, as cinco primeiras questões e dos dois itens da Escala de Espiritualidade (dois últimos itens), mostram que 37,5% das gestantes (N=3) discordam totalmente da maioria dos aspectos, minha vida é próxima ao meu ideal. Duas delas (25%) discordam de minha vida é próxima do meu ideal; enquanto 2 gestantes (25%) concordam haver satisfação com sua vida.

No item: as condições da minha vida são excelentes, 37,5% das gestantes (N=3), apresentaram discordância totalmente; enquanto 3 delas (37,5%) concordaram em considerar condição de vida excelentes. Está satisfeita com minha vida 3, gestantes (37,5%) responderam que concordam estarem satisfeitas, enquanto 25% (N=2) delas discordam deste item.

Das 8 gestantes, 3 delas (37,5%) discordam da afirmativa de que dentro do possível, há as coisas importantes que quer na vida, 2 gestantes (25%) nem concorda nem discorda. No entanto, 2 delas (25%) afirmam concordar que dentro do possível, há as coisas importantes que quer na vida.

O item se pudesse começar de novo, não mudaria quase nada em minha vida, 62,5% (N=5) destas gestantes discordaram totalmente com relação à satisfação com a vida. O itens 6 e 7 da Escala de Espiritualidade, acrescidas dos questionários de Pinto e Ribeiro (2007), afirmam: item 6, as minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à sua vida, 50% (N=4) concordaram e 2 delas (25%) concordam totalmente. O item 7, a minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis, 37,5% (N=3) das gestantes concordam com a afirmativa de que a fé e as crenças lhe dão forças em situações de dificuldades. Neste mesmo item, 37,5% (N=3) das gestantes concordam totalmente em afirmar que através de sua fé e crenças podem encontrar forças para enfrentar os momentos difíceis.

Tabela 8: Frequência de concordância das gestantes com os itens das escalas de satisfação com a vida e de espiritualidade.

Satisfação com a vida/Espiritualidade	Discordo totalmente	Discordo	Discordo Ligeiramente	Nem concordo nem discordo	Concordo Ligeiramente	Concordo	Concordo totalmente	Total
Na maioria dos aspectos minha vida é próxima ao meu ideal	3	2	-	1	-	2	-	8
As condições da minha vida são excelentes	3	1	-	1	-	3	-	8
Estou satisfeita com minha vida	-	2	1	1	1	3	-	8
Dentro do possível, tenho as coisas importantes que quero na vida	1	3	-	2	-	2	-	8
Se pudesse começar de novo, não mudaria quase nada na minha vida	5	-	-	1	-	1	1	8
As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida	-	1	-	1	-	4	2	8
A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis	-	1	1	-	-	3	3	8

Por fim, foi solicitado às mulheres darem uma nota de 0 a 10 para suas vidas, antes e depois do diagnóstico soropositivo para HIV/AIDS. Observou-se que, antes do diagnóstico, as gestantes deram uma pontuação média de suas vidas 8,125 pontos (DP = 3,482), com notas variando entre 0 e 10. Ressalta-se aqui que das 8 gestantes, 5 deram notas 10 às suas vidas antes do diagnóstico, e apenas uma delas pontuou nota zero.

No entanto, as notas para suas vidas após o diagnóstico foram reduzidas extremamente, e as gestantes pontuaram uma média de 3,25 pontos (DP=3,28), com notas variando entre 0 e 7. Ressalta-se que três gestantes deram nota zero as suas vidas após o diagnóstico.

Percebe-se nesta análise um reflexo da tabela 7, sentimentos e emoções prejudicados pela descoberta de sua condição sorológica para o HIV/AIDS. As ameaças advindas da representação social que se tem do HIV/AIDS, têm simbolicamente destruído a vida de muitas pessoas, dando enfoque às gestantes ora infectadas pelo vírus da AIDS. Diziam-se em sua maioria viver felizes e saudáveis antes do diagnóstico. No entanto, após o diagnóstico para o HIV/AIDS, as gestantes apresentaram uma redução na sua qualidade de

vida, com auto estima rebaixada, manifestações psicossomáticas, indiferença. “Um resultado positivo para o HIV pode acarretar um grave impacto na vida das mulheres (...) no período gestacional, pois a maternidade se revela como sinal de vida e esperança em contraposição à ideia de morte relacionada a AIDS” (ARAÚJO et al, 2008, p. 3).

Os problemas trazidos pelo HIV/AIDS somados aos já existentes em algumas das gestantes desta pesquisa têm efeitos bastante negativos, a ponto de dizerem que nada em sua vida fora alterado, mesmo com o diagnóstico do vírus da AIDS na gestação. Deverão estar estas gestantes “acompanhadas dos seus fatores emocional, social e cultural, situações que não podem ser menosprezadas pelos profissionais de saúde” (ARAÚJO, et al, 2008, p.6).

5.3 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Emergiram, na entrevista das gestantes, sete categorias que abordam temáticas diferentes, são elas: 1) Conhecimento sobre HIV/AIDS, 2) Sentimento perante a descoberta do HIV/AIDS, 3) Sentimento atual, 4) Relação da família com o diagnóstico da gestante, 5) Preocupação atual, 6) Enfrentamento ao HIV/AIDS e 7) Crenças sobre si antes do diagnóstico. Ressalta-se que algumas categorias se subdividem ainda em subcategorias.

A primeira categoria, Conhecimento sobre o HIV/AIDS, engloba as falas das gestantes no que se refere ao conceito que elas tinham sobre a doença, indicando o aparecimento de duas categorias: Conhecimento e Desconhecimento. A subcategoria Conhecimento indica os saberes que elas tinham sobre o HIV/AIDS; e a subcategoria Desconhecimento surgiu, pois algumas gestantes relataram não saber o que era a doença que detinham. A tabela 9 mostra alguns fragmentos característicos desta categoria.

Tabela 9. Categoria Conhecimento sobre HIV/AIDS, subcategorias e fragmentos da entrevista.

Subcategoria	Fragmentos da entrevista
Conhecimento	“É um vírus transmissível através do ato sexual ou não”. “O HIV é o vírus e a AIDS já é a doença que está avançada”. “É uma doença transmissível, causada pela relação sexual”. “Só sei que é uma doença que não tem cura. Mas tem tratamento para ir combatendo”.
Desconhecimento	“Só sei que é uma doença que não tem cura”. “Eu não sei muita coisa não”. “Eu só sei que é um vírus”.

As falas das gestantes representam, por um lado, o conhecimento sobre o HIV/AIDS; e por outro lado, a falta de conhecimento da doença pode ser observada na tabela 9.

De acordo com Ferreira (2008, p. 2), o conhecimento sobre HIV/AIDS parece favorecer ao portador soropositivo a “adoção de práticas protetoras que são mediadas por questões de gênero, classe social, raça e outros componentes sociais”. Todavia, as pessoas sem acesso a educação, vivendo em países subdesenvolvidos, e em condições de vulnerabilidade socioeconômica e cultural são fatores que levam a falta de alcance ao conhecimento da transmissão do HIV/AIDS, aumentando a probabilidade de se expor aos riscos da contaminação. O autor alerta ainda que

Numa sociedade desigual como a brasileira, o conhecimento sobre o HIV/AIDS também se distribui de forma desigual, de tal forma que, quanto mais posicionado nos estratos socioeconômicos um grupo estiver, mais próximo do centro produtor do conhecimento ele estará, e mais rapidamente conseguirá utilizar a informação recebida para rever suas práticas e promover mudanças (FERREIRA, 2008, p. 2).

Neste pensamento, percebe-se que a falta de acesso à educação e à informação, bem como a condição de pobreza de uma população parece favorecer o aumento da transmissão pelo HIV; isto pode ser verificado a partir de análises biodemográficas do crescimento da AIDS que apresentam resultados estatísticos nesta direção. Desta maneira, entende-se que só através da educação se consegue prevenir de forma consciente esta doença, conforme preconiza a Organização Mundial de Saúde.

Em contrapartida, o desconhecimento da infecção pelo vírus da AIDS tende a facilitar tanto a contaminação para si quanto à transmissão para as outras pessoas, principalmente no tocante ao binômio gestante/transmissão vertical.

Ferreira (2008, p. 2) afirma que “o grau de informação sobre a AIDS não é suficiente para que uma pessoa adote um comportamento protetor, porém a falta de informações básicas contribui substancialmente para aumentar sua vulnerabilidade ao HIV/AIDS”.

Neste sentido, percebe-se diante do amplo espectro do fenômeno HIV/AIDS, mormente no período gestacional, haja vista a possível exposição vertical do bebê, a necessidade da efetiva atuação das políticas públicas que promovam ações e elaborem estratégias que visem informar a população sobre o HIV/AIDS, sua transmissão e possíveis

formas de contaminação, de forma frequente e continuada, visando à prevenção desta doença, especialmente nas mulheres que se encontram em fase reprodutiva.

A segunda categoria, Sentimento perante a descoberta, refere-se às emoções sentidas pelas gestantes no momento do conhecimento do diagnóstico soropositivo do HIV/AIDS. Conforme os fragmentos das falas das gestantes que podem ser vistos na tabela 10, observa-se que as gestantes apresentaram predominantemente emoções negativas.

Tabela 10. Categoria Sentimento perante a descoberta do HIV/AIDS, subcategoria e fragmentos da entrevista.

Subcategoria	Fragmentos da Entrevista
Emoções negativas	“Senti um desgosto muito grande e vontade de ir embora e sumir no meio do mundo”. “Eu vivo triste, sem saber o que fazer”. “Eu me sinto abatida, cansada.. Me sinto triste, doente, me sinto uma pessoa só. “Eu me senti envergonhada”. “Fiquei com medo, perda, [...] Só triste, sem saber o que fazer”. “Eu me senti horrível. Me senti muito mal”. “Eu passei dois dias sem dormir. Não comia”. “Eu me desesperei na hora”

Na visão de Cechim e Selli (2007, p. 2), as emoções negativas advindas da descoberta do vírus da AIDS representam “a desestrutura emocional das mulheres que ficam aniquiladas e perdem qualquer esperança diante da expectativa de estagnação e finitude da sua existência. Este medo começa a ter múltiplas faces que vão se somando ao longo do processo que cada pessoa imprime à sua realidade cotidiana”.

Figueiredo (2002, 2004) relata que o impacto do diagnóstico para o HIV/AIDS é bastante estressante para a paciente, uma vez que apresenta implicações, afetando a representação das perspectivas históricas que a AIDS encerra, tais como: morte iminente, estados depressivos de ansiedade, sentimentos de raiva, de medo, do curso da síndrome, doenças oportunistas, limitações e tratamento, além das reações psíquicas.

De acordo com Soares e Lima (2005, p. 94), “descobrir-se com HIV é mergulhar num mar de angústia, desespero, tristeza, depressão, medo e receio de enfrentar familiares, na expectativa deles não entenderem o fato, dado o momento doloroso em que se encontram”. Além disso, estando gestante, a mulher ainda têm que enfrentar o fenômeno da maternidade e do HIV/AIDS na tentativa de ultrapassar as adversidades impostas pela infecção.

Araújo et al (2008, p. 218), em sua pesquisa, mostra que “alguns desse sentimento em relação ao HIV/AIDS perduram durante boa parte da gravidez, evidenciando que o acolhimento e o aconselhamento devem continuar durante todo o processo gestacional”.

A terceira categoria, Sentimento Atual, demonstra oposição de sentimentos com relação à aceitação do diagnóstico positivo para o HIV/AIDS, mostrando por um lado gestantes que não se conformam com o diagnóstico de sua soropositividade, compondo a subcategoria “Não aceitação do diagnóstico”; e por outro lado, gestantes que se conformaram com o diagnóstico positivo para o HIV, apresentando falas que podem ser englobadas na subcategoria “Aceitação do diagnóstico”. Os resultados desta categoria e subcategorias podem ser encontrados na tabela 11.

Tabela 11. Categoria Sentimento Atual, subcategorias e fragmentos da entrevista.

Subcategoria	Fragmentos da entrevista
Não aceitação do diagnóstico	“Estou arrependida porque se eu soubesse que tava com o vírus não tinha ficado grávida”. “Não me conformo”. “...fico imaginado, fica aquilo comendo meu juízo”.
Aceitação do diagnóstico	“Neste momento eu me sinto mais tranqüila. Segura do que estou sentindo e ...aceitando”.. “A gente tem que aceitar, tem tratamento, procurar se cuidar e se uma doença tem tratamento, a gente que se agarrar com unhas e dentes”. “[...] por mais que eu esteja com esta doença me sinto satisfeita. “O que eu puder para a doença não me ofender, não me atingir eu tou fazendo. Estou correndo atrás, tomar a medicação certa”.

A não aceitação do diagnóstico pelas gestantes é discutida por Rigoni et al (2008, p. 3) quando diz que estar com o vírus da AIDS e ser gestante força a mulher a se deparar com o fenômeno da maternidade, juntamente com o da infecção pelo HIV/AIDS e a possibilidade da transmissão materno-infantil. Isto faz com que elas apresentem diversas necessidades e conflitos.

A incredulidade e a não conformação em aceitar o diagnóstico reagente para o HIV muito se atribui a várias questões, sobremaneira a de gênero, considerando sua condição sócio-política, econômica e religiosa da mulher durante toda a evolução histórica passada de exclusão da mulher, atualmente com mudanças e visíveis vestígios de um passado ainda tão presente.

O estudo de Hachl et al (1997 apud GONÇALVES; PICCININI, 2007, p. 14) revelou “que elas(as mães) se sentiam culpadas por terem se infectado pelo o HIV/AIDS (...)

e que tinham falhado como mães”. De acordo com Araújo et al (2008, p. 218), “O conhecimento acerca do resultado positivo do teste anti HIV desencadeou uma série de reações e teve um impacto negativo na vida das gestantes”. O autor também chama a atenção quando afirma “que as reações negativas desencadeadas são porque as mulheres não se percebiam vulneráveis ao HIV, o que provocou sentimentos de indignação, de remorso, de tristeza e até de indiferença”.

Este fato alerta para uma maior incidência de transmissão do HIV por via sexual, predominando grupos denominados de heterossexuais e com índice de contaminação predominante nas mulheres que, em sua maioria, está em fase reprodutiva, traz inquietação e preocupação por parte dos especialistas quando no momento da gravidez, expor seus conceitos à contaminação deste vírus.

A não aceitação do diagnóstico ainda impede que as mulheres não apreendam as informações adequadas sobre a doença; impedidas pela forte emoção, fixam-se nos sintomas da doença, contribuindo para a não adesão ao tratamento.

Por outro lado, algumas gestantes apresentaram reações de aceitação do HIV/AIDS. Ao abordar as questões da soropositividade feminina, Araújo et al (2008, p. 219) constata que “mulheres também apresentaram momentos de firmeza, de fortaleza e de coragem para lutar”, demonstrando a capacidade feminina em ultrapassar as barreiras. Isto parece estar ligado a um tempo maior de recepção do diagnóstico e ao suporte social que recebem (família, profissionais de saúde, religião, entre outros).

A quarta categoria compreendeu a “Relação da Família com o Diagnóstico da Gestante” e aborda a participação e o apoio da família à grávida no momento do diagnóstico soropositivo para o HIV/AIDS. Verifica-se que esta categoria foi dividida em duas subcategorias: a) Apoio Familiar, que engloba o apoio material ou emocional da família à gestante soropositiva nos cuidados com a doença; e b) Desconhecimento da Família, que aborda a falta do conhecimento da família sobre o diagnóstico positivo da gestante. As falas das gestantes que compreendem esta categoria estão expressas na tabela 12.

Tabela 12. Categoria Relação da Família com o Diagnóstico da Gestante, subcategorias e fragmentos da entrevista.

Subcategorias	Fragmentos da Entrevista
Apoio Familiar	“Minha mãe quando soube e meu pai ficaram triste mais tão tentando se conformar”. “Minha mãe ficou chocada mais com o tempo...”. “Ninguém me ignorou nem minha mãe nem meu pai. Me dando maior apoio para eu andar de cabeça erguida.Minha família me dando conselho. Meu marido do meu lado”.
Desconhecimento da Família	“Minha família não sabe”. “Eu não falei. Só que sabe é meu marido”. “Minha família não sabe não”. “Ninguém sabe. Só quem sabe é ele, meu esposo. Minha família não sabe e nem a família dele”. Eu não converso com ninguém. Não posso ficar falando”.

O acolhimento da família às gestantes quando da descoberta do vírus da AIDS é parte constituinte das estratégias de enfrentamento destas mulheres. Araújo et al (2008, p. 5) encontrou em sua pesquisa que “as gestantes, de um modo geral, compartilham o resultado do teste especialmente com a mãe, que, em algumas situações, demonstra interesse em ajudar e confortar, procurando encontrar força na fé”. A revelação traz alívio e é vivenciada pelos familiares em diferentes situações.

Araújo et al (2008, p. 219) encontrou que a revelação do diagnóstico para o parceiro “talvez seja o momento mais difícil, especialmente no que tange à forma de transmissão. Se sexual, desencadeia a necessidade do diálogo sobre temas difíceis e que não fazem parte do cotidiano dos casais, com a infidelidade sexual e o uso do preservativo”. O autor constatou que com “o apoio e a presença da família, essas mulheres tornam-se mais preparadas para enfrentar as dificuldades”. Além disso, a aceitação e a adesão ao tratamento podem ser melhoradas com o suporte familiar.

No entanto, em muitos casos, a revelação do diagnóstico é temida pela gestante, mediante a representação social que elas têm da infecção. O medo da discriminação e do preconceito impede que elas atravessem vários obstáculos. No imaginário social destas gestantes, quebrar o silêncio para a família poderá trazer sentimentos de rejeição.

Este autor constata ainda que frequentemente as gestantes não conseguem compartilhar o diagnóstico soropositivo para HIV/AIDS, o que pode aumentar a sensação de angústia. Neste mesmo direcionamento, Gonçalves e Piccinini (2007, p. 8) relatam também

que “as dificuldades se acentuaram entre as mães que, durante o estudo, mantiveram seu diagnóstico em segredo, dificultando sua busca por apoio e aumentando seu isolamento”.

Araújo et al (2008, p. 219) segue afirmando que “a comunidade reage com preconceito, discriminação e isolamento em relação à pessoa portadora do HIV e que estas atitudes “trazem mais sofrimentos e dificuldades durante a gestação, pois obrigam as gestantes a omitir o diagnóstico. A família exerce uma importante função no processo de adaptação do portador do HIV ou da pessoa com AIDS à nova realidade. Entretanto, nem sempre essas mulheres podem contar com esse apoio, pois, em alguns casos, após o diagnóstico, a família consanguínea se distancia.

(...) algumas dessas gestantes, além de ter que enfrentar o diagnóstico sofrem muito pela falta de amparo familiar (...) A família exerce uma importante função no processo de adaptação do portador do HIV ou da pessoa com AIDS à nova realidade. Entretanto, nem sempre estas mulheres podem contar com este apoio. Muitas gestantes resistem em compartilhar o resultado do exame e enfrentam sozinhas muito sofrimento (ARAÚJO et al, 2008, p. 4).

A quinta categoria, Preocupação Atual, aglomera as inquietações vivenciadas pelas gestantes com relação ao conhecimento de sua condição frente ao diagnóstico para o HIV/AIDS. É o que se observa em suas falas ao refletirem sobre suas atuais inquietações envolvendo, em um primeiro lugar, a preocupação com o bebê e, posteriormente a aflição por si mesma e sua condição soropositiva, e pelo cuidado com a família. Estes conteúdos podem ser visualizados na tabela 13 com suas respectivas subcategorias.

Tabela 13. Categoria Preocupação atual, subcategorias e fragmentos da entrevista.

Subcategorias	Fragmentos da entrevista
Preocupação com o bebê	“A saúde do bebê. Eu penso que ele vai ter o mesmo problema”. “O que eu mais penso agora neste momento é que ele não tenha o vírus”. “O que mais me preocupa é com meu bebê. Nascimento dele... E peço tanto a Deus para ele nascer sadio, forte, perfeito, com saúde”. “Se meu filho pegar ou não. Eu penso oh Deus tomara que ele nasça com saúde, não nasça com o vírus”. “[...] Eu tenho medo que ele nasça com o vírus. Venha com saúde e de poder ver a carinha dele”. “Eu queria saber se ela está bem e quero que ela nasça bem”. “O que mais me preocupa é que meu filho nasça com este problema também. Eu penso que ele não esteja com nenhum problema e pronto”. “Só vou aliviar quando eu descansar e descobrir que ele não tem o vírus”.
Preocupação consigo mesma	“Eu piorar. Porque eu não descobri mais cedo. Já descobri quase em cima de ele nascer”. “[...] preconceito sobre o vírus. Tem muita discriminação. Ainda. Demais. Aí não sei como vou ser aceita”. “Quero levar a vida com era”.
Preocupação com a família	“Minha família vir a descobrir porque não sei o elas vão pensar”. “[...] Preocupação com meus filhos e meu marido”. “Com minhas filhas. Quero cuidar delas”.

O fenômeno maternidade é considerado misterioso e o mais mágico para a mulher. Estudos mostram que, ao descobrir na gestação que está infectada com o vírus da AIDS, a mulher tem se colocado como em um momento singular em suas vidas, merecedoras de uma atenção especial frente aos inúmeros desafios enfrentados pela sua condição de soropositiva (PREUSSLER; EIDT, 2007, p. 118-119).

Para Gonçalves e Piccinini (2007, p. 2) a infecção pelo HIV/AIDS pode alterar de muitas formas a experiência da gestação e da maternidade, gerando uma sobrecarga psicológica relacionada ao estigma e ao risco de transmissão para a criança. Apesar disso, pesquisas sugerem que muitas mulheres portadoras do HIV/AIDS buscam transmitir uma identidade materna positiva para os filhos e se preocupam intensamente com o futuro deles”.

Os autores constatarem ainda que a maternidade permaneça numa posição bastante idealizada para as gestantes, sendo colocada acima da infecção. Por isto, pode-se compreender por que o bebê segue sendo a principal preocupação atual da gestante. Conforme Castro (2001

apud GONÇALVES; PICCININI, 2007, p. 7), “a maternidade na gestante soropositiva fortalecerá na gestante o desejo de continuar vivendo para cuidar dos filhos”.

Resgatando ainda o pensamento de Gonçalves e Piccinini (2008, p. 9), percebe-se que “as mães relataram preocupações com a possibilidade de infecção do filho e com a saúde do bebê, além de sentimentos de incerteza quanto ao futuro, culpa e medo do preconceito”. O medo do preconceito, a ansiedade gerada por causa da possível exposição do HIV ao bebê, o fenômeno de culpabilização, a depressão e os conflitos religiosos acompanham a maioria destas mulheres desde o momento em que se descobrem portadoras do vírus da AIDS.

O desejo de que o bebê nasça bem é percebido pela disposição destas mães em seguir todas as recomendações, mesmo quando esta oferece algum risco, deixando claro o desejo de uma vida mais saudável para seu (sua) filho (a) (ARAÚJO, et al, 2008, p. 9).

Todavia, a preocupação das gestantes com o bebê vem acompanhada de uma preocupação consigo mesmas. Cechim e Selli (2007) constatarem que, a partir do diagnóstico soropositivo para HIV/AIDS, instala-se no cotidiano de vida da pessoa o medo por si mesma, o medo da discriminação, o que representa para o indivíduo “um abalo equivalente a um terremoto...um desmoronamento repentino do conjunto de defesas construídas ao longo de sua existência” (p. 22).

Devido aos mitos e crenças a respeito do HIV/AIDS, a gestante hesita em comunicar sua condição de soropositiva. O medo de não ser aceita existente nas gestantes é compreendido por Gonçalves e Piccinini (2007, p. 4) como prejudicial, uma vez que “o infectado prefira proteger-se do estigma escondendo o problema dos outros e até de si mesmo, afastando os suportes de apoio.

Naturalmente, neste período gestacional, a mulher encontra-se susceptíveis no tocante à instabilidade emocional; diante de um momento novo que precisa vivenciar e enfrentar. Não basta estar vivenciando um fenômeno sensibilizante (a gestação), depara-se com outro fenômeno tão ou mais forte quanto (a soropositividade). Enquanto o primeiro gera bem-estar e alegria; o outro implica ameaças, estranheza e muito medo, provocando na gestante, momentos de muitas turbulências (emoções negativas e constante preocupação).

A preocupação com os filhos, o marido, expressada nesta análise pela gestante, acentua-se pela própria história da AIDS, sinônimo de morte. O medo em ficar doente e impossibilitá-la do cuidar dos filhos, do marido, das atividades domésticas e sociais, como trabalhar fora, a faz paralisar diante das limitações trazidas por esta infecção.

A sexta categoria, Enfrentamento ao HIV/AIDS, destinou-se a representar a forma de enfrentamento das gestantes no tocante à descoberta do diagnóstico do HIV/AIDS. Devido a variedade de elementos de suporte utilizados pelas gestantes soropositivas, esta categoria foi subdivida conforme direcionamento dos suportes empregados, formando as subcategorias “Suporte Religioso”, “Suporte Familiar”, “Suporte da Equipe de Saúde do SAE/MI” e “Outros suportes”. Os fragmentos que representam o conteúdo destas subcategorias estão explicitados na tabela 14, para maior compreensão dos recursos de apoio usados pelas gestantes.

Tabela 14. Categoria Enfrentamento ao HIV/AIDS, subcategorias e fragmentos da entrevista.

Subcategorias	Fragmentos da Entrevista
Suporte religioso	“Só Deus e o bebê”. “Para mim foi uma benção de Deus”. “Primeiramente Deus”. “Peço a Deus todo dia que diminua meu sofrimento. “Primeiro Deus”.
Suporte Familiar	“Meu esposo”. “A minha família” “Meus pais, minha irmã, marido”
Suporte da equipe de saúde	“Me sinto amparada tenho um tratamento muito bom. É as pessoas daqui (SAE/MI), estão me ajudando bastante. Tão me dando uma força tão grande que eu não esperava de acontecer”. “Só aqui me dá conselho (SAE/MI)”. “(…) os médicos. Eles dão jeito a tudo. Eles me dão conselho”.
Outros suportes	“A minha coordenadora do trabalho ela tem me ajudado muito, uma colega minha de trabalho, amicíssima”. “O tempo. Ninguém me ajuda em nada. Só o tempo mesmo”. “Mas com o tempo foi eu conversando comigo e eu fui entendendo. Eu tenho que viver normalmente.

Para Braga (2009, p. 58), enfrentamento é a capacidade de criar esforços cognitivos e comportamentais voltados para o manejo de exigência ou demandas internas ou externas, que são avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais. As formas de enfrentamento têm semelhança com a forma como cada pessoa lida com suas dificuldades de vida. A referida autora cita o suporte religioso como instrumento de proteção ao bem-estar

integral quando admite que a fé em Deus, exercida através de uma religião, pode trazer um bem-estar no processo de enfrentamento do HIV/AIDS.

A luta pela existência, pelo sentido de vida, mormente no processo de adoecimento, tem levado os pacientes a buscar em religião alívio ao seu sofrimento.

Na busca por uma força redutora capaz de mudar o destino de suas vidas, surge então à espiritualidade que dá sentido às religiões. Elas expressam o encontro com Deus nos códigos das diferentes culturas. Muitas vezes resignadas, colocam a responsabilidade total de suas vidas diante das designações de Deus num gesto de confiança e descanso entendendo que o melhor por elas será feito (BRAGA, 2009, p. 60).

Braga (2009, p. 61), ao analisar a busca da espiritualidade após o diagnóstico soropositivo, explica que ela ajuda as pacientes a encontrarem estímulo e conforto para suportar a dor de serem HIV positivas e a manterem o pensamento firme, acreditando na possibilidade de uma vida com qualidade, tanto através do tratamento quanto na espera por um milagre, onde Deus possa re-escrever as suas histórias e transformar as suas vidas completamente. Em acordo com Araujo et al (2008, p. 218), afirma-nos que “as gestantes utilizam a fé em Deus e a negação como estratégias para suportar o sofrimento gerado pelo diagnóstico” soropositivo.

Conforme os conteúdos achados nesta pesquisa, emergiu-se falas de cunho religioso/espiritual como suporte para atender a demanda dos resultados negativos procedentes dos resultados do diagnóstico para o HIV/AIDS em gestantes. Vasconcelos (2006), atento ao viés da espiritualidade, contribui ao dizer que a dimensão espiritual é oportuna, uma vez que a paciente terá que ser cuidada à luz de uma visão global, podendo esta dimensão ser capaz de lidar com as emoções intensas e os questionamentos angustiados que fluem no momento da revelação de sua condição de soro positivo para o HIV.

“A aceitação e a adesão ao tratamento podem ser melhoradas com o suporte familiar” (ARAÚJO et al, 2008, p. 4) O suporte familiar, já mencionado de modo mais superficial na categoria 4 (Relação da família com o diagnóstico da gestante), é considerado como uma estratégia de enfrentamento primordial para a gestante com HIV. Gonçalves e Piccinini (2007, p.11) apontam que a percepção de apoio familiar “se associou com menores níveis de depressão e sentimentos de solidão. Desse modo, os achados demonstraram que a resposta da família à infecção é importante para a saúde mental da pessoa infectada”.

Para tanto, continua Araújo, “quando vivenciam o apoio e a presença da família, essas mulheres tornam-se mais preparadas para enfrentar as dificuldades”. Recomenda, ainda,

o mesmo autor que as pessoas que convivem com portadores do HIV/AIDS precisam conhecer a doença, suas causas, tratamento e formas de se contaminar e ainda os amplos e complexos espectro atingidos por esta infecção. Desta forma, contribuem para uma adesão satisfatória ao tratamento que vai além da ingestão de medicamentos. Estudos realizados com mulheres grávidas soropositivas e do conhecimento e aceitação por seus parceiros sexuais constataram que o apoio às estas mulheres “pode ser considerado um aspecto bastante positivo e facilitador para o enfrentamento das outras dificuldades que, por ventura, possam aparecer e da adesão ao tratamento” (ARAÚJO et al, 2008, p. 5).

Para Campos (2007, p. 51), “O suporte social parece aumentar a capacidade de o indivíduo lidar com o estresse, provavelmente modificando a forma de percebê-lo e enfrentá-lo, e de combater as doenças, favorecendo a adesão ao tratamento”. O autor cita os fatores presentes na dinâmica deste suporte: a proteção, o cuidado, o acolhimento, continuidade e a esperança. Além dos principais suportes citados (Deus, família e profissionais de saúde), as gestantes citaram também outras fontes de apoio, tais como, os amigos e o tempo. De modo geral, percebe-se que estes suportes são indispensáveis às gestantes com HIV/AIDS, antes, durante e após o parto.

A sétima e última categoria, Crença sobre si antes do Diagnóstico, permitiu uma visão panorâmica de crenças que a gestante manifestava antes do conhecimento do seu diagnóstico positivo para o HIV/AIDS. Conforme a investigação que foi realizada, pode-se observar que as gestantes revelavam suas crenças de formas diferentes, exprimindo conteúdos de crenças diversificados, sendo divididas em três subcategorias, a saber: Crenças Positivas, Crenças Neutras e Crenças Negativas; as quais serão demonstradas na tabela 15.

Tabela 15. Categoria “Crença Sobre Si Antes do Diagnóstico”, subcategorias e fragmentos da entrevista.

Subcategoria	Fragmentos da Entrevista
Crenças Positivas	“Mais Feliz.” “Alegre.” “Feliz.” “Com saúde. Saudável.”
Crenças Neutras	“Normal.”
Crenças Negativas	“Zero.” “Não sou mais a mesma pessoa não. Assim... mudou.”

No tocante às crenças das gestantes sobre si antes do diagnóstico, as crenças positivas constituem-se em crenças suficientemente fortes (ainda ligadas aos padrões históricos).

Carvalho e Piccinini (2008, p. 7) esclarecem que:

Antes de serem portadoras do HIV/AIDS, elas são mulheres, com suas histórias pessoais, laços afetivos e redes sociais. As dificuldades parecem surgir quando existe a necessidade de considerar a presença de uma doença sexualmente transmissível de caráter incurável e infeccioso associada ao processo de ser mãe.

Conforme demonstram suas falas na tabela 15, as gestantes, antes de receberem o diagnóstico de sua sorologia reagente para o HIV/AIDS, diziam-se felizes, normais, saudáveis e alegres. A qualidade de vida que aparentemente apresentam antes de sua sorológica parecia que, mesmo na existência de dificuldades, (principalmente de ordem econômica) conduziam suas vidas normais. Na condição de infectadas pelo HIV, relatam manifestações desconfortáveis em nível orgânico, psicológico, afetivo/emocional. Às vezes, acham que não são mais as mesmas pessoas após o diagnóstico.

No entanto, percebe-se que a vida de algumas dessas mulheres se mantém inalterada, quando investigadas sobre seu modo de viver antes e após o recebimento do diagnóstico de soropositiva para o vírus da AIDS. A falta de suporte social, econômico e de afetos parece ser a causa destes sentimentos de abandono e resignação apresentados. De modo geral, pode-se constatar que o HIV/AIDS surge como fator adicional às dificuldades que já existem na vida destas mulheres.

No tocante às crenças negativas sobre si antes do diagnóstico, algumas gestantes parecem apresentar uma vida pregressa de dificuldades; enquanto outra gestante não demonstrou alteração no seu modo de viver. Conforme os dados biodemográficos colhidos neste estudo, a maioria destas mulheres pertence à classe socioeconômica muito baixa, sendo o diagnóstico para o HIV/AIDS e a gestação dois fatores agravantes na vida destas mulheres.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a análise e discussão dos dados, entende-se que esta pesquisa alcançou os objetivos por ela antes pretendidos, verificando que a espiritualidade contribuiu para o enfrentamento das gestantes frente ao diagnóstico positivo para o HIV/AIDS.

O objetivo geral pretendeu analisar a dimensão da espiritualidade dentro das estratégias de enfrentamento utilizadas pelas gestantes atendidas no SAE/MI frente ao diagnóstico soropositivo para o HIV/AIDS, cujos instrumentos de medidas utilizados - questionário e entrevista - trouxeram dados evidenciando a influência da espiritualidade como estratégia de enfrentamento utilizada pelas gestantes da pesquisa.

Os instrumentos de acesso (entrevista e questionário) avaliaram os objetivos específicos e conseguiram identificar as afiliações religiosas e os níveis de crenças e práticas religiosas das gestantes soropositivas, bem como sua afiliação religiosa; verificar o impacto biopsicossocial frente ao diagnóstico soropositivo para gestantes, e as estratégias de enfrentamento das pacientes após o diagnóstico, especificamente na dimensão espiritual. Os resultados obtidos nesta dissertação demonstram que as gestantes, em sua maioria, mantinham uma afiliação religiosa; sofreram impacto biopsicossocial frente ao diagnóstico do HIV e utilizaram como estratégias de enfrentamento o suporte espiritual.

A literatura apontava a hipótese de que a dimensão da espiritualidade pode influenciar de forma positiva o enfrentamento do diagnóstico positivo para o HIV utilizado pelas gestantes. Neste direcionamento, os resultados alcançados nesta pesquisa vêm confirmando esta hipótese e atinge os objetivos propostos de analisar a dimensão da espiritualidade dentro das estratégias de enfrentamento utilizadas pelas gestantes atendidas no Serviço de Assistência Especializada Materno Infantil frente ao diagnóstico soropositivo para HIV/AIDS. Além da hipótese encontrada, observou-se que as gestantes apresentam outros suportes no enfrentamento da soropositividade tais como: o suporte religioso, o suporte familiar, suporte da equipe de saúde e outros suportes.

Apesar da pesquisadora deste estudo fazer parte do SAE/MI, enfrentou algumas limitações ao abordar as gestantes para a realização da pesquisa. O fato de algumas delas chegarem ao serviço tardiamente (no último trimestre de gestação), e ter que rapidamente iniciar a quimioprofilaxia para o HIV/AIDS (recomendado para iniciar na 14ª semana). Diante do impacto, as gestantes ficavam vulneráveis, portanto, com a maioria delas, só foi possível realizar a pesquisa após a manutenção da técnica de aconselhamento e acolhimento, devido a

carga de sofrimento e desespero apresentada por elas. Além disso, o período limite que exige uma gestação caracterizou-se como uma dificuldade, pois o SAE/MI funciona em nível de ambulatorio, e a visita desta gestante é mensal; neste sentido, 02 dessas gestantes pariram antes da última consulta como gestante do SAE/MI, tendo que abandonar a pesquisa devido critério de inclusão. Outro problema identificado foi o tempo: houve momento que havia gestantes no serviço, mas não podiam esperar, pois eram provenientes de cidades do interior da Paraíba e dependiam do transporte da prefeitura de seus municípios. Diante deste quadro, a pesquisa deixou de registrar o acompanhamento regular da gestante, apresentando apenas o retrato pontual no ato do diagnóstico e algumas consultas posteriores.

Apesar dos limites impostos, percebe-se que esta pesquisa trouxe contribuições positivas por estar possibilitando a estas gestantes um novo olhar sobre seu diagnóstico e sua relação com suas afiliações religiosas. Pode-se constatar que a espiritualidade é um forte suporte de enfrentamento para gestantes com HIV/AIDS.

Para isto, verifica-se na análise das entrevistas que emergiram das gestantes, sete categorias que abordaram temáticas diferentes, são elas: 1-Conhecimento sobre HIV/AIDS, 2-Sentimento perante a descoberta do HIV/AIDS, 3-Sentimento atual, 4-Relação da família com diagnóstico da gestante, 5-Preocupação atual, 6-Enfrentamento ao HIV/AIDS e 7-Crenças sobre si antes do diagnóstico. Ressalta-se que, algumas categorias se subdividiram em subcategorias. Observou-se que, na primeira categoria, as falas das gestantes representam, por um lado, o conhecimento sobre o HIV/AIDS e, por outro lado, a falta de conhecimento da doença (Tabela 9).

Na segunda categoria, a subcategoria Emoções negativas, percebe-se que as gestantes apresentam predominantemente emoções negativas diante da descoberta do HIV/AIDS (Tabela 10); Na subcategoria, não aceitação do diagnóstico, da terceira categoria, as gestantes demonstram oposição de sentimentos com relação à aceitação do diagnóstico positivo para o HIV/AIDS; por outro lado, observaram-se falas das gestantes que se conformaram com os resultados positivo para o HIV

Na quarta categoria subdividida em duas subcategorias, apoio familiar, que engloba o apoio material e emocional da família à gestante soropositiva nos cuidados com a doença e desconhecimento da família, aborda a falta do conhecimento da família sobre o diagnóstico positivo da gestante. Preocupação Atual, a quinta categoria também subdividida em três subcategorias tais como: preocupação com o bebê, preocupação consigo mesma, preocupação com a família. Observa-se nas falas das gestantes que a preocupação com o bebê ocupa o primeiro lugar, seguido de aflição por si mesma e pelo cuidado com a família.

Observou-se na sexta categoria, subdividida em suporte religioso, suporte familiar, suporte da equipe de saúde, outros suportes. Percebe-se que nesta categoria a gestante utilizou-se de outros suportes senão o da espiritualidade/religiosidade como apoio para atender a demanda dos resultados negativos procedentes dos resultados do diagnóstico para o HIV/AIDS em gestantes.

Na última categoria crença sobre si antes do diagnóstico, também subdividida em três subcategorias, como crenças positivas, que apresentaram suficientemente fortes; nas crenças neutras, percebeu-se que, ávida, algumas dessas gestantes se mantêm inalteradas quando investigadas sobre seu modo de viver antes e após o recebimento do diagnóstico à condição de soropositiva para o vírus da AIDS. No que se referem às crenças negativas, algumas gestantes parecem apresentar uma vida pregressa de dificuldades.

O estudo apresentado vem confirmar a possibilidade de tratar do tema da espiritualidade por meio de uma investigação científica. A presença constante de outras variáveis (gestação e soropositividade) relacionadas contribui ainda para o incremento de pesquisas na área da saúde de mães soropositivas.

Diante da complexidade das dimensões que constitui o ser humano, é percebido que a espiritualidade parece poder preencher e contribuir para uma vida mais saudável, contemplando de forma ampla a saúde e a outras dimensões inerentes a este ser, permitindo-lhe encontrar a felicidade, a busca de sentido e de significado para viver. A espiritualidade parece de fato influenciar de forma positiva no processo de enfrentamento do adoecimento em prol da recuperação da saúde integral do paciente.

Os resultados encontrados neste estudo sinalizaram nesta direção. Mais especificamente, esta dissertação, que demonstrou a espiritualidade como suporte para motivação das gestantes e minimização do seu sofrimento e manutenção de esperança para ressignificar as suas vidas.

Neste sentido, diante dos resultados positivos obtidos, nota-se que se pode considerar que a espiritualidade/religiosidade traz benefícios, tais como alívio da culpa e ações de auto cuidado nestas gestantes. A superação anunciada pelas gestantes infectadas pelo HIV/AIDS deveu-se, significativamente, à fé manifestada através da espiritualidade. Desse modo, percebe-se que estratégias de enfrentamento utilizando como instrumento a dimensão da espiritualidade podem ser delineadas por profissionais de saúde para promoção de um maior bem-estar e minimização de seu sofrimento no momento do diagnóstico.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Maria Alix Leite, et al. *Gestantes Portadores do HIV: Enfrentamento e Percepção de uma nova realidade*. Revista Ciência, Cuidado e Saúde, Fortaleza, n. 7, Abril/junho de 2008.

ARAÚJO, Maria Alix Leite, et al. *Vivências de gestantes e puérperas com o diagnóstico do HIV*. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, vol. 61 n. 5 Set./outubro, 2008.

AYRES, (2002) apud GONÇALVES, Piccinini. *Aspectos psicológicos da gestação e da maternidade no contexto da infecção pelo HIV/AIDS*. Psicologia USP, São Paulo, v. 18 n. 3, setembro de 2007.

BAPTISTA, Makilin Nunes e DIAS, Rosana Righetto. *Psicologia Hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2003.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BEMFAM. Bem estar familiar no Brasil. BEMFAM: *40 anos de história e movimento no contexto da saúde sexual e reprodutiva*. Organização de Ney Francisco Pinto Costa - Rio de Janeiro, 2005.

BRAGA, Isabel Catarina Correia. *Mulheres em idade reprodutiva infectada pelo HIV: Contribuição para a prática da enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Políticas e diretrizes de prevenção das DST/AIDS em mulheres*. Brasília: Secretaria Executiva/Coordenação Nacional de DST/AIDS, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Projeto Nascer – Maternidade* - Brasília: DF, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução INSS. Decreto nº 089, de 05 DE ABRIL DE 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde.. *Boletim Epidemiológico - AIDS*. DST. M.S./2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. *A experiência do Programa Brasileiro de AIDS*. Revista Resposta +, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde.. *Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral para gestantes*, 2006/2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Recomendações para terapia antirretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV*. 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Avaliação e monitoramento da qualidade da assistência ambulatorial em AIDS no SUS*. 2008.

CABRAL, Ivone Evangelista. *Enfermagem no cuidado materno e neonatal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Série Incrivelmente Fácil.

CAMON, Valdemar Augusto Angerami. *Vanguarda em psicoterapia fenomenológica-existencial*. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2004.

CAMPOS, Eugenio Paes. *Quem Cuida do Cuidador: uma proposta para os profissionais de saúde*. 3.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

CARACIOLO, Joselita M.M. *Adesão e Religiões-Pró Adesão: tratamento HIV/AIDS*. Rio de Janeiro: Bristol-Myers Squibb, 2007.

CARVALHO, F. T. e PICCININI, C. A. *Aspectos históricos do feminino e do maternal e a infecção pelo HIV em mulheres*. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2008.

CASTANHA A.R., et al. *Consequências Biopsicossociais da AIDS na Qualidade de Vida de Pessoas Soropositivas para o HIV*. Portal de Ginecologia, 2006.

CASTANHA, A.R., et al. Depressão e soropositividade para o HIV: dois fenômenos em extensão. In: COUTINHO & SALDANHA (Org.). *Representação Social e Práticas de Pesquisa*. João Pessoa: Ed. Universitária UFPB, 2005, p. 173-190.

CASTRO, C. M. *Os Sentidos da Maternidade para Gestantes e Puérperas vivendo com HIV*. Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2001.

CECHIM, P.L. e SELLI, L. *Mulheres com HIV/AIDS: Fragmentos de sua face oculta*. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília/DF, 2007.

COELHO, Débora Fernandes; MOTTA, Maria das Graças Corso da. *A Compreensão do mundo vivido pelas gestantes portadoras do vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)*. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre-RS, 2005.

COZBY, P.C. *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Atlas, 2003.

ETHIER et al 2002 apud GONÇALVES e PICCININI. *Aspectos psicológicos da gestação e da maternidade no contexto da infecção pelo HIV/AIDS*, 2007.

FALCÃO, Ângelo. *Assistência de Enfermagem na prevenção da transmissão vertical do HIV: Compreendendo as crenças e percepções das mães soropositivas*, 2008.

FARRIS, James Reaves. Aconselhamento Psicológico e Espiritualidade. In: AMATUZZI, M. (ORG.) *Psicologia e Espiritualidade*. São Paulo: Paulus, 2005.

FARIA, Juliana Benardes de e SEIDL, Eliane Maria Fleury. *Religiosidade, enfrentamento e bem estar subjetivo em pessoa vivendo com HIV/AIDS*. Maringá, 2006.

FERREIRA, Maria Paula. *Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/AIDS, 1998 e 2005*. São Paulo: Fundação Seade, 2008.

FIGUEIREDO, Marco Antonio de Castro. *Um estudo de crenças e representações em cuidadores domésticos de pessoas com AIDS e acompanhamento de ambulatório de crianças soropositivas para o HIV*. Subsídios para programas de orientações e suporte psicológico do atendimento domiciliar. Ribeirão Preto, 2002–2004.

GIACONIMI C.H e Hutz C S. *A mensuração do bem estar subjetivo-escala de afeto positivo e negativo e escala de satisfação de vida*, 1987.

GIACOMINI, Claudia Hofheinz. *Bem estar subjetivo: em busca da qualidade de vida*. Rio grande do sul: Universidade de Santa Maria, 2004.

GIL, Antônio C. *Como Elaborar Projeto de Pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas, 2002.

GIOVANETTI, José Paulo. Psicologia Existencial e Espiritualidade. In: AMATUZZI, M. (ORG.). *Psicologia e Espiritualidade*. São Paulo: Paulus, 2005.

GONÇALVES, T. R. e PICCININI, C. A. *Aspecto Psicológico da Gestação e da Maternidade no Contexto da Infecção pelo HIV/AIDS*. Revista Psicologia. São Paulo, 2007.

HACHL et al (1977) apud GONÇALVES; Piccinini. *Aspectos psicológicos da gestação e da maternidade no contexto da infecção pelo HIV/AIDS*. São Paulo, 2007.

KAREN, Sanecki, M.P.H., WAY P.O. (ORG.). A Pandemia do HIV: Estágio e Tendências. In: MANN, J. ; TARANTOLA, D.J.M.; NETTER, T.W. (Orgs.); PARKER, R.; GALVÃO, J.; PEDROSA, J.S. (Org. Brasileiros) - *A AIDS NO MUNDO*, 1993.

KOENING, Harold apud LEVIN (2001). *Deus, Fé e Saúde: explorando a conexão espiritualidade-cura*. São Paulo: Editora Pensamento-Cultrix LTDA-SP, 2001.

KWALOMBOTA, 2002 apud Gonçalves, Piccinini. *Aspectos psicológicos da gestação e da maternidade no contexto da infecção pelo HIV/AIDS*, 2007.

LEVIN, J. *Deus, Fé e Saúde: explorando a conexão espiritualidade-cura*. São Paulo: Cultrix, 2001.

MANUAL: *Boas Práticas de Adesão HIV/AIDS*. São Paulo: Atualização, 2008.

MARINS, José Ricardo Pio. *Conhecendo a AIDS*. Manual de Assistência e psiquiatria em HIV/AIDS. Ministério da Saúde, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes*. Brasília: MS, 2006.

NOVAES, Marcos Ferraz de. *Filosofia e espiritualidade*. Salvador, 2004.

OLIVEIRA, Iaponira C.C. de. *Discurso de médicos e enfermeiros sobre direitos e deveres de gestantes com HIV/AIDS no âmbito assistencial: uma abordagem bioética*. Dissertação de mestrado. João Pessoa, 2005.

PAIVA, G. José de. Psicologia da Religião, Psicologia da Espiritualidade: Oscilações Conceituais de uma Disciplina. In: AMATUZZI, M. (ORG.) *Psicologia e Espiritualidade*: São Paulo: Paulus, 2005.

PANZINI, Raquel Gehrke; BANDEIRA, Denise Ruschel. Escala de coping. *Religioso-espiritual* (ESCALA CRE). Elaboração e Validação de Construto. Porto Alegre, 2005.

PARKER, Richard (Org.). et al. *A AIDS no Brasil (1982-1992)*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

PEDROSA, Miclele. *Atenção Integral à saúde da Mulher: Desafios para Implementação na Prática Assistencial*. Rio de Janeiro, 2005.

PERES, M. F. P.; ARANTES, A. P. L. Q.; LESSA, P.S; CAOUS, C. A. *A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos*. Revista de Psiquiatria clínica. São Paulo, 2007.

PESSINI, Léo. *A espiritualidade pelas ciências e pela saúde*. São Paulo, 2007.

PINTO, Cândida; RIBEIRO, José Luís Pais. *Construção de uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em contextos de saúde*. ArquiMed, Porto, 2007.

PREUSSLER, Gisele Maria Inchauspe; EIDT, Olga Rosaria. *Vivenciando as adversidades do Binômio Gestação e HIV/AIDS*. Revista Gaucha de Enfermagem. 2007.

QUALIAIDS – Auto-Avaliação Nacional de Qualidade dos Serviços. Brasil/2008.

Revista InfoAids Profissional. V. 2, n.10. São Paulo, 2006.

REVISTA SABER VIVER. Religião e Saúde. Nº 37, MS. Rio de Janeiro, 2006.

RIBEIRO, C.G. et al. *O atendimento e o tratamento no contexto da AIDS: representações sociais de profissionais e pacientes*. In: COUTINHO & SALDANHA (Org.). *Representação Social e Práticas de Pesquisa*. João Pessoa: Ed. Universitária/UFPB, 2005. p. 191-210.

RIGONI, E. ; PEREIRA, E.O. S.; CARVALHO, F.T.; PICCININI, C.A. *Sentimentos de mães portadora de HIV/AIDS em relação ao tratamento preventivo do bebê*. PsicoUSF v. 13 n. 1 Itatiba , 2008.

SALDANHA, Ana Alayde Werba. *Vulnerabilidade e Construções de Enfrentamento da Soropositividade ao HIV por Mulheres Infectadas em Relacionamento Estável*. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo. Faculdade de Filosofia. Ciências e Letras de Ribeirão Preto. São Paulo, 2003.

SALDANHA, Ana Alayde Werba; FIGUEIREDO, Marco Antonio de Castro. *A vulnerabilidade Feminina à infecção pelo HIV: Uma proposta de Intervenção*, 2005.

SEIDL, E.M.F. *Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas com HIV/AIDS*. Psicologia em estudo, 2005.

SIEGEL, K.; SCHRIMSHAW, E. *The perceived benefits of religious and spiritual coping among older adults living with HIV/AIDS*. Journal for the Scientific Study of Religious, 2002.

SOARES, Maria do Socorro de; LIMA, Carlos Bezerra de. *Gritos de dor e canção de amor: uma visão humanística da AIDS na perspectiva da espiritualidade*. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2005.

SOUTO, Kátia Maria Barreto. *A Política de Integração à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero*. Brasília-DF, 2008.

TEIXEIRA, F. O Potencial Libertador da Espiritualidade e da Experiência Religiosa. In: AMATUZZI, M. (ORG.) *Psicologia e Espiritualidade*: São Paulo: Paulus, 2005.

TRIVIÑOS, A. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

WINNICOTT, D.W. *Os bebês e suas mães*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

WINNICOTT, D.W. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes médicas, 1982.

VALLE, J.E.R..Religião e Espiritualidade: Um Olhar Psicológico. In: AMATUZZI, M. (ORG.) *Psicologia e Espiritualidade*. São Paulo: Paulus, 2005.

VASCONCELOS, Eymard Mourão (Org.). *A espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.

ZOZAYA, I. G. *El medico y el paciente en el contexto de la enfermedad crônica*. Revista Centro Policlin Valência. 1985. p. 117- 119.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista e dados biodemográficos das gestantes (perfil das gestantes)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES
A DIMENSÃO DA ESPIRITUALIDADE COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO NO
DIAGNÓSTICO POSITIVO DE HIV/AIDS EM GESTANTES

Dados Biodemográficos (perfil das gestantes)

1º contato com a gestante

1. Entrevista Nº _____

2. Idade: _____ anos

3. Estado civil: () solteiro () casado () separado/divorciado ()
() viúvo () outro Qual? _____

4. Escolaridade:

- | | |
|---|---|
| () não tem estudos | () Ensino Fundamental I incompleto da 1ª a 4ª) |
| () Ensino Fundamental I completo (da 1ª a 4ª) | () Ensino Fundamental II incompleto (da 5ª a 8ª) |
| () Ensino Fundamental II completo (da 5ª a 8ª) | () Ensino Médio incompleto |
| () Ensino Médio completo | () Ensino Superior incompleto |
| () Ensino Superior Completo | () Especialização |
| () Mestrado | () Doutorado |

5. Você segue a alguma religião ou doutrina religiosa específica? () SIM () NÃO

6. A qual religião você é afiliada?

- | | | |
|----------------|-------------------------|-----------------------|
| () Evangélico | () Espírita | () Budista |
| () Católico | () Testemunha de Jeová | () Candomblé/Umbanda |
| () Mórmon | () não tem religião | () outro _____ |

ROTEIRO DE ENTREVISTA (impacto biopsicossocial frente ao diagnóstico)

1. O que você sabe sobre o HIV/AIDS?
2. Como você se sentiu quando descobriu ser soropositiva?
3. Resuma em três palavras como você se sente neste momento.
4. Como sua família recebeu o seu diagnóstico?
5. O que mais lhe preocupa neste momento?
6. O que tem te ajudado a enfrentar esta situação?
7. O que pensa agora sobre seu bebê?
8. Com uma palavra diga você se define:

Antes do diagnóstico _____

Depois do diagnóstico _____

9. Você gostaria de falar mais alguma coisa?

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES

2º contato com a gestante

Questionário de Avaliação da Dimensão Espiritual (crenças e práticas religiosas)

1. Em uma escala de 0 a 10, o quanto você se considera religiosa?

0	-----1	-----2	-----3	-----4	-----5	-----6	-----7	-----8	-----9	-----10
---	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	---------

Nada religiosa

extremamente religiosa

2. Você costuma realizar práticas religiosas privadamente em seu cotidiano?

() SIM () Não

3. Se SIM, quais? (marque um x as que a gestante faz e a quantidade de vezes que ela realiza esta atividade diariamente)

() Orar _____ () Rezar _____ () Ler a Bíblia _____ () Meditar _____
 () Fazer promessa _____ () Jejuar _____ () Louvar _____ () Confessar _____
 () Dar o dízimo _____ () Que outras práticas você realiza Quais? _____

Escala de Religiosidade e ao Enfrentamento do Problema de Saúde

4. **Instruções:** A seguir encontram-se algumas frases com as quais as gestantes podem ou não concordar. Por favor, explique a escala abaixo e as oriente a escolher um dos números na escala que melhor expresse a opinião delas em relação a ir a igreja, centro ou local de reunião da religião que freqüentam e anote no espaço ao lado cada afirmação. Ressalte que não existem respostas certas ou erradas e solicite que elas sejam sinceras e honestas nas respostas. Utilize a seguinte escala de resposta:

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo em parte	Nem concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo totalmente

PARA MIM, IR À IGREJA/CENTRO/REUNIÃO...

01. _____ Traz emoções positivas e sentimentos de conforto.
02. _____ Oferece apoio espiritual mediante uma relação com Deus.
03. _____ Facilita a aceitação das dificuldades em minha vida.
04. _____ Oferece força e sensação de controle.
05. _____ Diminui o impacto emocional causado pelas situações difíceis.
06. _____ Ajuda a preservar a minha saúde.
07. _____ Alivia o medo da morte.
08. _____ Reduz o sentimento de culpa.
09. _____ Oferece apoio social (ajuda de outras pessoas).
10. _____ Me influencia a mudar conceitos e práticas.

ESCALA DE BEM-ESTAR SUBJETIVO

Sub-Escala PANAS

BEM-ESTAR SUBJETIVO: VÍNCULOS E EMOÇÕES (impacto biopsicossocial)

5. Instruções: A seguir você encontrará uma lista com nove **estados emocionais**. Para cada um deles, oriente as participantes a **indicar o quanto elas o tem experimentado ultimamente**. Peça a elas para indicar um número no espaço ao lado de cada emoção/adjetivo, segundo a escala de respostas abaixo, de acordo com a opinião delas. Ressalte a importância de elas serem sinceras e honestas nas respostas.

1 Nada	2 Muito pouco	3 Pouco	4 Mais ou menos	5 Bastante	6 Muito	7 Extremamente
-----------	------------------	------------	--------------------	---------------	------------	-------------------

- | | | |
|----------------------|---------------------|----------------------|
| 01. _____ Feliz | 04. _____ Frustrado | 07. _____ Preocupado |
| 02. _____ Deprimido | 05. _____ Raivoso | 08. _____ Infeliz |
| 03. _____ Satisfeito | 06. _____ Divertido | 09. _____ Alegre |

Sub-Escala Satisfação com a vida

6. Instruções: Abaixo você encontrará cinco afirmações com as quais as gestantes podem ou não concordar. Usando a escala de respostas a seguir, que vai de 1 a 7, oriente-as a indicarem um número no espaço ao lado de cada frase, segundo a escala de respostas abaixo, de acordo com a opinião delas. Ressalte a importância de elas serem sinceras e honestas nas respostas.

1 discordo Totalmente	2 Discordo	3 Discordo Ligeiramente	3 Nem concordo nem discordo	4 Concordo Ligeiramente	5 Concordo	6 Concordo Totalmente
-----------------------------	---------------	-------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	---------------	-----------------------------

01. _____ Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima ao meu ideal.
02. _____ As condições da minha vida são excelentes.
03. _____ Estou satisfeito (a) com minha vida.
04. _____ Dentro do possível, tenho as coisas importantes que quero na vida.
05. _____ Se pudesse começar de novo, não mudaria quase nada na minha vida.
06. _____ As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida.
07. _____ A minha fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis.

Obs. Os itens 6 e 7 foram acrescentadas e são da Escala de Espiritualidade de Pinto e Ribeiro (2007).

7. Se pudesse atribuir uma nota para sua vida ANTES DO DIAGNÓSTICO, qual nota você daria?

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10-

8. Se pudesse atribuir uma nota para sua vida APÓS O DIAGNÓSTICO, qual nota você daria?

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10-

Obrigada por sua colaboração!

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da Pesquisa: “A Dimensão da Espiritualidade como Estratégia de enfrentamento no Diagnóstico Positivo de HIV/AIDS em Gestantes”.

Pesquisador responsável: Rita de Cássia de Carvalho Pereira

Informações sobre a pesquisa: Estamos realizando um estudo sobre A dimensão da espiritualidade como estratégia de enfrentamento no impacto do diagnóstico positivo do HIV/AIDS em gestantes no SAE/MI e, para isso, solicitamos a sua colaboração respondendo a algumas questões sobre este assunto. O objetivo desta pesquisa é analisar o impacto do diagnóstico do HIV/AIDS nas gestantes atendidas no SAE/MI na perspectiva da espiritualidade. A participação deste Serviço é também muito importante, pois trará contribuição em relação à capacitação de recursos humanos nos aspectos relacionados à espiritualidade/religiosidade.

Pesquisador responsável

Instituição: _____

Eu, _____, portador de RG: _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar da pesquisa

a- A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante o transcurso da pesquisa, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está assegurado o absoluto sigilo das informações obtidas.

b- A segurança plena de que não serei identificada mantendo o caráter oficial da informação, assim como, está assegurada que a pesquisa não acarretará nenhum prejuízo individual ou coletivo.

c- A segurança de que não terei nenhum tipo de despesa material ou financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, bem como, esta pesquisa não causará nenhum tipo de risco, dano físico ou mesmo constrangimento moral e ético ao entrevistado.

d- A garantia de que toda e qualquer responsabilidade nas diferentes fases da pesquisa é do pesquisador, bem como, fica assegurado poderá haver divulgação dos resultados finais em órgãos de divulgação científica em que a mesma seja aceita.

e- A garantia de que todo o material resultante será utilizado exclusivamente para a construção da pesquisa e ficará sob a guarda do pesquisador, podendo ser requisitado pelo entrevistado em qualquer momento.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

João Pessoa, _____ de _____ de _____

Assinatura do entrevistado

Caso necessite de maiores informações sobre o presente projeto de pesquisa de mestrado, favor entrar em contato com o pesquisador através do: Endereço: Rua Marlene Pereira da Paz nº 58- Aptº-504 – Bancários CEP: 58051118 - João Pessoa- PB.

Telefones: (83) 32167302 do CEPHULW, (83) 3045 3229, Celular: (83) 8760 1434 falar com o responsável por esta pesquisa.

Assinatura do entrevistador

Obrigado pela colaboração!

ANEXO

Certidão do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP



CERTIDÃO

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada dia 29/09/09, após análise do parecer do relator, resolveu considerar **APROVADO** o projeto de pesquisa intitulado: **A DIMENSÃO DA ESPIRITUALIDADE COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO NO DIAGNÓSTICO POSITIVO DE HIV/AIDS EM GESTANTES**. Protocolo CEP/HULW nº. 236/09, FR-291891, da pesquisadora RITA DE CÁSSIA DE CARVALHO PEREIRA.

Ao término da pesquisa, solicitamos enviar ao CEP/HULW, uma cópia da pesquisa completa, em CD, para emissão da certidão para publicação.

João Pessoa, 30 de setembro de 2009.

Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética
em Pesquisa - CEP/HULW

Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW - 4º andar. Campus I - Cidade Universitária.
Bairro: Castelo Branco - João Pessoa - PB. CEP: 58051-900 CNPJ: 24098477/007-05
Fone: (83) 32167302 — Fone/fax: (083)32167522 E-mail - cepulw@hotmail.com

*P436d Pereira, Rita de Cássia de Carvalho.
A Dimensão da Espiritualidade como Estratégia de
Enfrentamento no Diagnóstico Positivo de HIV/AIDS em Gestantes
/ Rita de Cássia de Carvalho Pereira. – João Pessoa : [s.n.], 2010.*

79f.

*Orientadora: Ana Maria Coutinho de Sales.
Dissertação (Mestrado) – UFPB /CE*

*1. Religiosidade e Saúde. 2. Espiritualidade – HIV/AIDS. 3.
Gestantes – Espiritualidade.*

UFPB/BC

CDU: 2(043)