

Percepções sobre adesão ao tratamento e variáveis psicológicas de gestantes soropositivas para o HIV/AIDS**Perceptions on the adherence to treatment and psychological variables of HIV-seropositive pregnant women to HIV/AIDS****Percepciones sobre la adhesión al tratamiento y las variables psicológicas de las gestantes seropositivas para el VIH/SIDA**

Recebido: 28/01/2020
Aprovado: 15/06/2020
Publicado: 01/07/2020

Maria Fernanda Garcia de Almeida¹
Maira Morena Borges²
Cassiana Morais de Oliveira³

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada de maio a novembro de 2018, que teve como objetivo descrever a percepção de gestantes com HIV/AIDS sobre o diagnóstico, adesão ao tratamento e variáveis psicológicas frente à doença. Participaram desse estudo cinco gestantes em acompanhamento pré-natal em um hospital universitário, de nível terciário, do interior do Estado de São Paulo. Foram aplicados roteiro de entrevista semiestruturado, as Escalas Hospitalar de Ansiedade e Depressão e Modos de Enfrentamento de Problemas. Quatro categorias emergiram: *Diagnóstico do HIV, Conhecimento sobre HIV, Tratamento e Adesão ao Tratamento Medicamentoso*. Verificou-se que a percepção é de um diagnóstico sem a possibilidade de cura, mas com perspectiva de qualidade de vida para elas e para o feto/neonato. Três participantes manifestaram vulnerabilidade emocional, com sintomas de ansiedade e/ou depressão e todas mostraram o enfrentamento focalizado na religiosidade. Os resultados suscitam um alerta às equipes de saúde sobre a necessidade de apoio e acompanhamento multidisciplinar que possa favorecer o suporte psicossocial às gestantes, de maneira a auxiliar na mudança ou manutenção de comportamentos de adesão.

Descritores: Gravidez de alto risco; HIV; Cooperação e adesão ao tratamento; Transmissão vertical de doença infecciosa.

This is a qualitative study that had the goal to describe the perception of pregnant women with HIV/AIDS about the diagnosis, adherence to treatment and psychological variables in regards of the disease. The research took place between May and November of 2018. For this study, we surveyed pregnant women going through prenatal care in a tertiary-level university hospital, in the interior of the state of São Paulo. We applied an structured interview script, the Hospital Anxiety and Depression Scale and Ways of Coping with Problems Scale. Four categories were created: HIV Diagnosis, Knowledge about HIV, Treatment and Adherence to Drug Treatment. It found that the women's perception is of a diagnosis with no possibility of cure, but with a perspective of quality of life for them and fetus/newborn. Three participants showed emotional vulnerability with symptoms of anxiety and/or depression, and all of them showed coping focused on religion. The results raised an alarm to healthcare teams about the need for support and multidisciplinary monitoring that favors psychosocial support to the pregnant women, in order to help to change of maintain adherence behaviors.

Descriptors: Pregnancy, high-risk; HIV; Treatment adherence and compliance; Infectious disease transmission, vertical.

Se trata de una encuesta cualitativa, realizada entre mayo y noviembre de 2018, que tuvo por objeto describir la percepción de las mujeres embarazadas con VIH/SIDA sobre el diagnóstico, la adherencia al tratamiento y las variables psicológicas ante la enfermedad. Participaron en este estudio cinco mujeres embarazadas que recibían atención prenatal en un hospital universitario de nivel terciario del interior del Estado de São Paulo. Se aplicó un guion de entrevista semiestructurado, las Escalas Hospitalarias de Ansiedad y Depresión y Maneras de Enfrentamiento de Problemas. Surgieron cuatro categorías: Diagnóstico del VIH, conocimiento sobre el VIH, Tratamiento y Adherencia al Tratamiento con Medicamentos. Se encontró que la percepción es de un diagnóstico sin posibilidad de cura, pero con una perspectiva de calidad de vida para ellas y el feto/neonato. Tres participantes manifestaron vulnerabilidad emocional, con síntomas de ansiedad y/o depresión y todas mostraron un enfrentamiento centrado en la religión. Los resultados alertan a los equipos de salud sobre la necesidad de un apoyo y seguimiento multidisciplinario que pueda favorecer el apoyo psicossocial a las mujeres embarazadas, para ayudar a cambiar o mantener los comportamientos de adherencia.

Descritores: Embarazo de alto riesgo; VIH; Cumplimiento y adherencia al tratamiento; Transmisión vertical de enfermedad infecciosa.

1. Psicóloga. Especializanda na modalidade Aprimoramento em Promoção da Saúde do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP-USP), SP, Brasil. ORCID: 0000-0001-8655-5020 Email: mafer.almeida93@gmail.com

2. Psicóloga. Especialista em Psicologia Cognitivo Comportamental. Especialista em Psicologia da Saúde. Mestre em Psicologia. Psicóloga do HC-FMRP-USP, SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-1568-2839 E-mail: borges.maira@hotmail.com

3. Psicóloga. Mestre em Ciências. Professora da Universidade Paulista - Campus Ribeirão Preto e Psicóloga do HC-FMRP-USP, SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-5781-7789 E-mail: cassiana.oliveira@docente.unip.br

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma doença crônica infecciosa, causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). De 2007 a junho de 2017, foram notificados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) 194.217 casos de infecção pelo HIV no Brasil. Nesse mesmo período, o número de casos notificados por sexo foi de 131.969 (67,9%) casos em homens e 62.198 (32,1%) casos em mulheres¹. O número de casos notificados em homens ainda é maior do que nas mulheres, porém os casos de HIV em mulheres vêm crescendo de forma alarmante. Com as alterações do perfil epidemiológico do HIV/AIDS, os indivíduos portadores do vírus passaram a conviver com a infecção, vivenciando diferentes etapas de seu desenvolvimento na presença do vírus. No caso de mulheres em idade fértil, destaca-se a vivência da maternidade e possibilidade da transmissão vertical do vírus da mãe para o feto². Essa via de transmissão vertical é responsável por mais de 90% dos casos de infecção pediátrica no Brasil. No período de 2000 a junho de 2017, foram notificadas 108.134 gestantes infectadas com HIV¹.

Em virtude de medidas governamentais, a ocorrência da transmissão vertical vem diminuindo consideravelmente nos últimos anos, principalmente com gestantes de alto risco soropositivas durante o pré-natal³. Quando não realizada nenhuma intervenção profilática durante a gestação, ou quando não há adesão à profilaxia da transmissão vertical do HIV, a transmissão do vírus via binômio mãe-feto ocorre em cerca de 25% das gestações de mulheres infectadas. Contudo, obtêm-se melhores resultados em termos de controle da infecção materna e de profilaxia da transmissão desse vírus nos casos em que a mãe segue todas as terapêuticas recomendadas, alcançando níveis abaixo de 2%.

As terapêuticas recomendadas incluem: o uso de antirretrovirais a partir da 14^a semana de gestação; ida às consultas com profissional obstetra e clínico/infectologista; realização de exames pré-natais; realização de parto cesárea eletivo em gestantes com cargas virais elevadas ou desconhecidas, ou por indicação obstétrica; não aleitamento; uso do medicamento inibidor de lactação no pós-parto; administração do xarope de Zidovudina (AZT) para o bebê durante seis semanas, na dose recomendada, entre outras ações⁴. Portanto, a adesão ao tratamento antirretroviral durante o período - e consequente diminuição da carga viral - é a medida de maior resultado para a prevenção da infecção pediátrica⁵.

O termo adesão ao tratamento transcende à simples ingestão de medicamentos, sendo visto como uma atividade conjunta na qual o paciente não apenas obedece às orientações médicas, mas entende, concorda e segue a prescrição estabelecida pelo seu médico. Para que haja uma adesão adequada ao tratamento é necessário a existência de uma aliança terapêutica entre médico e paciente, na qual são reconhecidas não apenas a responsabilidade específica de cada um no processo, mas também de todos que estão envolvidos (direta ou indiretamente) no tratamento⁶. A adesão rigorosa aos antirretrovirais é fundamental, uma vez que o principal fator de risco associado à transmissão materno-infantil do HIV é a carga viral materna elevada. O diagnóstico tardio da infecção pelo HIV na gestação, a baixa adesão às recomendações técnicas por parte dos serviços de saúde e a qualidade assistencial, principalmente nas regiões com menor cobertura de serviços e menor acesso à rede de saúde, são os principais fatores que dificultam a redução nacional das taxas de transmissão vertical do HIV⁴.

Um estudo realizado para conhecer as experiências e os fatores que interferem na adesão à terapia antirretroviral de gestantes com HIV/AIDS mostrou que, para que as gestantes consigam atender às recomendações de saúde de maneira mais eficaz, se faz necessário que elas tenham um espaço no qual ansiedade, medo e também de esperança e motivação (que se misturam aos tantos outros sentimentos) inerentes ao processo de maternidade possam ser expressos e trabalhados. Tal situação aponta para a necessidade da elaboração de estratégias para auxiliar na adesão ao tratamento de gestantes soropositivas para o HIV⁷.

Ações de acolhimento, realização de atividades grupais e busca ativa das faltosas são estratégias que ao possibilitar a inclusão de gestantes em serviços pré-natais e a aproximação

delas com a equipe podem prevenir o abandono ao tratamento e melhorar a adesão de gestantes com HIV⁸.

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo descrever a percepção de gestantes com HIV/AIDS sobre o diagnóstico, adesão ao tratamento e variáveis psicológicas frente à doença.

MÉTODO

O estudo foi realizado no Ambulatório de Gestação de Alto Risco - Moléstias Infectocontagiosas em Ginecologia e Obstetrícia (AMIGO) de um hospital universitário, de nível terciário, localizado em um município do interior do estado de São Paulo. Trata-se de um dos ambulatórios do Setor de Gestação de Alto-Risco, do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, composto por uma equipe multidisciplinar que conta com profissionais da obstetrícia, infectologia, psicologia, psiquiatria, serviço social e enfermagem. Oferece o tratamento e cuidado integral do pré-natal às gestantes com diagnóstico de doenças que podem infectar o feto, tais como HIV, toxoplasmose, sífilis, entre outras, além de pacientes drogaditas e com transtornos psiquiátricos.

Participaram deste estudo cinco gestantes soropositivas maiores de 18 anos de idade, que realizaram, no mínimo, dois atendimentos prévios com a equipe médica do pré-natal, e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aceitando que os dados coletados fizessem parte da pesquisa. As voluntárias foram informadas a respeito do projeto de pesquisa, seus objetivos, procedimentos, riscos e benefícios, do sigilo de sua identidade e de que, a qualquer momento, poderiam desligar-se da pesquisa sem qualquer prejuízo para o seu tratamento no hospital. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número 2.667.078, obedecendo ao que preceitua a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa com seres humanos.

Não puderam participar deste estudo gestantes com outros tipos de infecções; que tinham algum déficit cognitivo aparente ou relatado por elas, que impossibilitassem a realização da entrevista e o preenchimento das escalas; que recusaram a participação na pesquisa; ou quando foi necessário atendimento direcionado para demanda emergencial.

Os convites para participação no estudo foram realizados no primeiro atendimento psicológico das pacientes. Os atendimentos da equipe de psicologia eram realizados na mesma data das consultas de pré-natal do AMIGO, com o intuito de otimizar o tempo da paciente e oferecer um atendimento multidisciplinar. Foram convidadas todas as gestantes soropositivas atendidas no referido ambulatório, de maio a novembro de 2018.

Para a coleta de dados foram utilizados: um Roteiro de Entrevista Semi-Estruturado, composto por dados sócio demográficos, hábitos de vida, dados clínicos e adesão ao tratamento, percepção do paciente sobre seu relacionamento com a equipe de saúde, aspectos cognitivos, histórico de saúde mental e percepção de suporte social; a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD); e a Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP). Os instrumentos foram aplicados em dois encontros, sendo que no primeiro era realizado o Roteiro de Entrevista, e no segundo encontro eram aplicadas as escalas HAD e EMEP. A coleta de dados foi realizada, individualmente, em uma sala disponibilizada, onde ocorrem os atendimentos da equipe multidisciplinar, com duração de aproximadamente 50 minutos.

A EMEP é um instrumento de avaliação psicológica, adaptado para versão brasileira por Gimenes e Queiroz e validada por Seidl, Tróccoli e Zannon, que avalia quais os tipos de estratégias de enfrentamento são mais utilizadas pelo indivíduo quando exposto a algum problema^{9,10}. Para cada uma das 45 questões a pontuação varia entre 1 e 5 e depois calcula-se a média das respostas. As estratégias e as respectivas questões que a definem são: Enfrentamento focalizado no problema, Enfrentamento focalizado na emoção, Enfrentamento baseado em práticas religiosas e pensamento fantasioso e Enfrentamento baseado na busca por suporte social^{9,10}.

A escala HAD, proposta por Zigmond e Snaith em 1983 e validada no Brasil por Botega e colaboradores, consiste em 14 itens, dos quais sete referem-se à avaliação da ansiedade (HAD-A) e sete, à avaliação da depressão (HAD-D)^{11,12}. Cada um dos itens pode ser pontuado de 0 a 3, compondo uma pontuação máxima de 21 pontos para cada escala. Dessa forma, a frequência de transtorno de ansiedade e de transtorno depressivo é obtida a partir das respostas aos itens da HAD. Foram adotados os seguintes pontos de corte recomendados: tanto para a HAD-A quanto para a HAD-D, pontuações de 0 a 8 que indicam que o paciente não tem nenhuma dessas afecções, enquanto pontuações maiores ou iguais a 9 são traduzidas como ansiedade ou como depressão, respectivamente^{11,12}.

Para a análise dos dados foram utilizadas as abordagens quantitativa e qualitativa. Os dados da HADS e EMEP foram analisados quantitativamente, conforme as normas de cada instrumento. Os dados qualitativos obtidos no roteiro de entrevista foram analisados através da Análise Conteúdo Temática¹³.

A análise de conteúdo configura-se em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente de recepção), inferência esta que ocorre a indicadores quantitativos ou não. A técnica de análise de conteúdo refere-se ao estudo tanto dos conteúdos nas figuras de linguagem, reticências, entrelinhas, quanto dos manifestos¹³.

RESULTADOS

Em relação ao perfil sociodemográfico das cinco gestantes, a faixa etária média foi de 31 anos, sendo a idade mínima de 21 anos e a idade máxima de 42 anos; no momento do estudo, três residiam em Ribeirão Preto e duas residiam em outras cidades do interior do estado de São Paulo; duas gestantes relataram serem casadas no civil, uma estava em uma união estável e duas se declararam solteiras; três completaram o Ensino Médio e duas não completaram o Ensino Fundamental; três eram praticantes da religião católica e duas da evangélica; uma exercia atividades relacionadas e restritas ao cuidado do próprio lar, uma estava desempregada, e três encontravam-se empregadas. Apenas uma participante não possuía renda e a renda média das demais era de R\$1140,00, conforme Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas de gestantes atendidas em um hospital geral. Ribeirão Preto, maio a novembro de 2018.

Pacientes	Idade	Procedência	Estado Civil	Escolaridade	Ocupação	Religião	Renda
P1	21	Ribeirão Preto	Amasiada	Médio Completo	Do lar	Evangélica	Sem renda
P2	42	Ribeirão Preto	Casada	Médio Completo	Berçarista	Católica	R\$ 1100,00
P3	30	São Carlos	Solteira	Fundamental Incompleto	Desempregada	Católica	R\$ 600,00
P4	34	Ribeirão Preto	Solteira	Fundamental Incompleto	Auxiliar de Limpeza	Evangélica	R\$ 2000,00
P5	28	Brodowski	Casada	Médio Completo	Costureira	Católica	R\$ 2000,00

As participantes apresentavam as seguintes percepções de seus dados clínicos e de adesão ao tratamento: a) idade gestacional média no 1º atendimento psicológico, de 30 semanas e 3 dias; b) todas as pacientes já tiveram outras gestações além da atual; c) somente uma paciente respondeu ter planejado a atual gestação; d) a maioria delas com outras comorbidades além do diagnóstico de HIV (4), sendo que apenas uma participante não apresentava outras comorbidades; e) todas possuíam compreensão do seu quadro clínico; f) três compreendiam todas as etapas do seu tratamento e duas as compreendiam parcialmente; g) todas apresentavam expectativas positivas e realistas de recuperação/cura; h) duas pacientes não tiveram queixa da equipe sobre sua adesão, porém as demais tiveram (Tabela 2).

Tabela 2. Dados clínicos de gestantes atendidas em um hospital geral. Ribeirão Preto. Maio a novembro de 2018.

Pacientes	Idade gestacional no 1º atendimento	Número de gestações	Gestação planejada	Comorbidades	Percepção Quadro Clínico	Percepção Tratamento	Expectativas de recuperação e/ou cura	Queixa da equipe sobre adesão
P1	27s e 4d	2	Não	Nenhuma	Sim	Total	Positivas e Realistas	Não
P2	18s e 6d	4	Não	Risco aumentado para trissomias	Sim	Total	Positivas e Realistas	Sim
P3	34s	9	Sim	Anemia e ganho insuficiente de peso	Sim	Total	Positivas e Realistas	Sim
P4	38s	7	Não	Sobrepeso	Sim	Parcial	Positivas e Realistas	Não
P5	33s e 5d	2	Não	Ex-tabagista/ etilista/ drogadita	Sim	Parcial	Positivas e Realistas	Sim

Na aplicação da escala HADS, as participantes P2 e P3 apresentaram indicadores de sintomas ansiosos e depressivos, e a participante P1 apresentou ausência de sintomas depressivos, mas presença de indicadores de ansiedade. Quanto a EMEP, todas as pacientes apresentaram mais predomínio de estratégias focalizadas na busca de práticas religiosas, com escores maiores que 2,64, e índices insatisfatórios de estratégias focalizadas na busca de suporte social, visto que escores menores que um desvio padrão abaixo da média (<2,95) são considerados valores em nível clínico, a merecer uma avaliação detalhada para estabelecer metas de intervenção (Tabela 3).

Comparando as estratégias focalizadas no problema e na emoção, os escores indicam maior utilização de estratégias focadas no problema, do que na emoção. Em duas participantes não foi possível aplicar as escalas HADS E EMEP, devido a resolução das gestações antes da coleta de dados da pesquisa (Tabela 3).

Tabela 3. Indicadores de ansiedade e depressão e de estratégias de enfrentamento de problemas de gestantes soropositivas atendidas em um hospital geral, Ribeirão Preto. Maio a novembro de 2018.

Pacientes	HAD A*	HAD D**	EMEP Problema***	EMEP Emoção	EMEP Religiosidade/Fantasia	EMEP Suporte Social
P1	9	7	4,17	4,07	4,43	1,80
P2	8	11	4,33	2,00	4,57	2,00
P3	17	12	3,61	2,87	4,14	2,20
P4	----	----	-----	-----	-----	-----
P5	----	----	-----	-----	-----	-----

*Escala Hospitalar de Ansiedade ** Escala Hospitalar de Depressão *** Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas

A partir da leitura e releitura das entrevistas e da análise de conteúdo temático foi possível encontrar quatro categorias, sendo elas: *Diagnóstico do HIV; Conhecimento sobre HIV; Tratamento; Adesão ao tratamento medicamentoso.*

Diagnóstico do HIV

As descobertas ocorreram, em sua maioria, durante a gestação, mas duas pacientes descobriram em outro momento de suas vidas, como mostram as falas a seguir:

Descobri o HIV logo no começo da gravidez, eu estava com 2 meses de gestação. Fiz os exames do pré-natal e veio a bomba. (P3)

Eu descobri em 2000... Desde o meu 1º filho, que nasceu em 2005, eu já sabia que tinha o HIV[...] (P2).

Conhecimento sobre HIV

Nas verbalizações verifica-se o diagnóstico, com destaque a prognóstico, formas de transmissão, diferença entre HIV e AIDS e Interrupção dos antirretrovirais:

Me falaram que as pessoas não morrem disso, morrem de outras doenças, mas tomando os remédios certinho a gente tem uma vida normal [...](P1)

Hoje eu sei que se eu tomar os remédios certinho terei um bom tempo de vida [...] eu sei que se eu fizer todo o tratamento certinho terei uma vida melhor do que muita gente que não tem o HIV. (P3)

Se pega pela relação sexual, as seringas das drogas injetáveis, se eu me cortar, sangrar e outra pessoa com um ferimento tocar no meu sangue ela pega. (P1)

A AIDS é quando já tem a doença [...] e o HIV é o vírus. (P2)

Eu sei que tenho o HIV e não AIDS. (P3)

Acho que não, porque mesmo antes dessa gestação eu já estava tomando os remédios. (P2)

Eu acho que não terá um dia em que poderei ficar sem tomar a medicação, pois o vírus pode ficar mais resistente e aí fica pior ainda, eu já pesquisei sobre isso também. (P3).

Tratamento

Nesta foram identificadas temáticas como ingestão diária de antirretroviral, exames, e após o nascimento do bebê:

[...] eu preciso tomar as medicações todos os dias nos horários certos[...] (P3)

[...] fazer os exames pra ver a carga viral. O tratamento consiste nos exames de sangue para verificar como está a carga viral. (P2)

Depois que eu ganhar o nenê vai mudar a medicação, porque o que eu tomo é para gestante com HIV. Eu tenho algumas dúvidas sobre a medicação após o parto, mas a médica me disse para ficar tranquila, pois irá conversar comigo a respeito. Ela até me perguntou se eu pretendia parar o tratamento após o parto, e eu disse a ela que não, pois preciso cuidar dos meus filhos, então eu preciso me tratar, mesmo se mudar o remédio, mesmo se eu sentir os efeitos colaterais. (P3).

Adesão ao tratamento medicamentoso

Aqui se apontou o tomar os remédios prescritos pelo médico, mas também a não adesão:

Já fiquei 4 dias sem tomar a medicação, por causa de um feriado que caiu na quinta, emendou com a sexta e eu só consegui pegar a medicação na segunda. (P2)

No início do pré-natal eu fiquei uns 15 dias sem tomar a medicação, porque dei uma desanimada, estava passando muito mal e queria desistir de fazer o tratamento. (P3)

Só 1 noite. (P4)

DISCUSSÃO

A renda familiar não ultrapassava R\$ 2.000,00. Esse resultado vem ao encontro do que afirma pesquisa¹⁴ que os grupos de maior vulnerabilidade para a exposição à AIDS são as mulheres e os adolescentes, e, particularmente, os menos beneficiados economicamente. Entretanto, o dado comumente encontrado quanto à baixa escolaridade de gestantes com HIV difere do encontrado neste estudo, visto que três das cinco participantes haviam completado o Ensino Médio. Os dados divulgados pelo Ministério da Saúde apontam que a maioria das gestantes infectadas com HIV possui da 5^o a 8^o serie incompleta¹. O baixo número de participantes da presente pesquisa dificulta uma análise mais fidedigna entre os estudos que verificaram o baixo grau de escolaridade em pessoas com HIV, e que estabeleceram essa variável como a principal causa da não compreensão das formas de transmissão da doença¹⁵⁻¹⁷.

Observou-se o entendimento adequado sobre as etapas do tratamento por parte de três participantes, das quais duas tinham maior escolaridade e uma não; e, entendimento parcial por parte de duas participantes, sendo que uma delas tinha maior escolaridade. Quanto às informações sobre o HIV, todas as pacientes demonstraram o mesmo nível de conhecimento, mas se percebe que as informações eram, em alguns discursos, incompletas e inconsistentes. Dados incorretos acerca sobre o vírus e a doença, podem denotar a ocorrência de falhas durante o processo de assimilação do conhecimento referente ao HIV/AIDS/DST, ocorrido no pré-natal¹⁸.

Estudos evidenciam que a epidemia do HIV/AIDS se iniciou no Brasil nas camadas da população de maior nível socioeconômico para depois disseminar-se, progressivamente, entre as de nível socioeconômico mais baixo^{14-17,19}. Com base nesses achados e nos resultados aqui

descritos, pode-se perceber, portanto, que a escolaridade e nível socioeconômico representam menor capacidade de prevenção e compreensão da doença, quando analisados isoladamente, mas sim se somados a outras variáveis, como por exemplo, dificuldade de acesso às informações e serviços de saúde.

Estudo aponta um perfil de gestantes com HIV, sendo elas de baixa escolaridade e com idades entre 20 a 35 anos²⁰. Esses dados se aproximam dos que foram obtidos na presente pesquisa, posto que a idade das pacientes variou de 21 a 42 anos. Estas características também são reportadas em outros estudos, mas o fator idade já era esperado, ao se pensar que esse intervalo é, justamente, aquele em que a maioria das mulheres se encontra em idade fértil¹⁵⁻¹⁷.

Outro dado relevante entre os resultados descritos, é que, independentemente da escolaridade, a maioria das participantes entrevistadas conhecia os riscos decorrentes da não realização do tratamento, tanto para a gestação, quanto o risco da transmissão vertical. Mas é importante explicar que as informações obtidas pelas gestantes sobre os riscos que o HIV oferece para elas e o feto não eram prévias, e sim decorrentes da situação em que elas se encontravam, ou seja, com a confirmação do diagnóstico. Em um estudo com 120 gestantes, 76,7% concordaram com a afirmativa de que uma mulher grávida que tenha o vírus HIV corre o risco de transmiti-lo á seu bebê durante a gravidez, enquanto 10% discordaram da afirmativa e 13,3% não souberam responder. Em relação a afirmativa de que uma mulher grávida que tenha o vírus o HIV corre o risco de transmiti-lo ao seu bebê durante a amamentação, somente 50% das gestantes concordaram com a declaração, 18,3% discordaram da declaração e 31,7 não souberam responder²¹.

Nesse sentido, a oferta do teste anti-HIV durante o pré-natal mostra-se fundamental, pois assegura à mulher o direito de receber orientações e informações sobre o HIV e as formas de prevenção da transmissão vertical⁴. Essa falta de conhecimento prévio por parte das participantes pode significaria um déficit na principal, e talvez única, arma preventiva para combater epidemias: a conscientização da população quanto a comportamentos de riscos que facilitam a transmissão do vírus HIV².

No momento do estudo, três das cinco participantes contaram ter descoberto o HIV no início da gestação, o que corrobora com as afirmativas do Ministério da Saúde, de que, atualmente, uma parcela considerável dos diagnósticos de casos de infecção retroviral na população feminina se dá durante o período gestacional, refletindo a adequação da política de saúde na atenção pré-natal, mediante a triagem sorológica anti-HIV e o aconselhamento. O Ministério da Saúde preconiza a realização do exame anti-HIV, que pode ser entendido como teste de triagem que produz resultados em, no máximo, 30 minutos, confidenciais, de metodologia simples, realizados de forma voluntária e adequados para situações que requerem intervenções profiláticas de emergências específicas, tais como a prevenção da transmissão vertical do HIV por ocasião do parto².

O aconselhamento é estabelecido como um diálogo fundamentado em uma relação de confiança que se estabelece entre o profissional e o usuário, com o objetivo de garantir à pessoa condições para lidar com as questões emocionais decorrentes do seu problema de saúde, avaliar seus próprios riscos, tomar decisões e encontrar maneiras práticas e objetivas de enfrentar esses problemas⁴. No entanto, muitos profissionais ainda não são capacitados e preparados para prestar uma assistência específica às gestantes contaminadas, após a confirmação da soropositividade. A assistência tem como propósito o controle da carga viral e, por conseguinte, a redução dos riscos da transmissão vertical do HIV para o bebê¹⁹.

Quanto aos dados sobre indicadores emocionais e enfrentamento, as três pacientes em que se aplicou as escalas HADS e EMEP apresentaram maior predomínio da estratégia de enfrentamento focalizada na religiosidade e no pensamento fantasioso. A religião pode tanto estar relacionada ao papel de colaboradora na resolução dos problemas quanto ser considerada responsável por uma expectativa fantasiosa de resolução “mágica” do problema. Caso o foco na religião seja diretamente proporcional à presença de sintomas ansiosos e depressivos - como

ocorre com as participantes deste estudo, dado que todas apresentaram sintomas ansiosos e apenas uma não apresentou sintomas depressivos - este modo de enfrentamento será utilizado de maneira mais fantasiosa, em que a gestante espera a resolução do problema sem participar ativamente do processo^{23,24}.

Entre as estratégias focalizadas no problema e na emoção percebe-se que as pacientes fazem mais uso do enfrentamento focalizado no problema. Esse dado sugere uma atitude proativa frente ao problema, no sentido de manejar ou modificar a situação que deu origem ao mesmo²⁵. Sendo assim, pode-se concluir que as participantes conheciam o risco da transmissão vertical e para si mesmas e procuraram modificar e encontrar soluções para reduzi-los. O fato de estarem fazendo o pré-natal em um hospital terciário já indica atitude frente redução de riscos, pois a instituição possibilita cuidados médicos especializados.

Essas gestantes apresentaram menor utilização da estratégia de enfrentamento focalizada na busca de suporte social. Esse dado difere do estudo em que todas as entrevistadas manifestaram ter recebido algum tipo de apoio após a descoberta do HIV, citando a família, amigos e o serviço como importantes no enfrentamento dessa condição. O mesmo estudo apontou que algumas gestantes relataram não buscar apoio na família, o que foi associado ao medo de sofrer preconceito por parte dos parentes e, também, pela busca de não levar sofrimento e preocupação para os familiares²⁶.

Sobre aspectos relacionados ao tratamento, três pacientes receberam queixas da equipe sobre a não realização adequada das ações/comportamentos prescritos, e quatro das cinco afirmaram terem deixado de tomar os medicamentos (antirretrovirais) em algum momento. Pode-se perceber que as gestantes deste estudo, mesmo recebendo queixas da equipe sobre seus comportamentos de adesão e terem deixado de tomar os medicamentos em algum momento, demonstravam estarem comprometidas com o pré-natal e a profilaxia da transmissão vertical. No caso de gestantes soropositivas, o fato de estarem infectadas com o HIV desencadeia o medo da morte e de transmitirem HIV para o feto, por outro lado, a gestação desempenha um papel motivacional no qual o filho torna-se uma razão de viver, gerando um esforço, por parte das gestantes, para colocarem em prática as condutas ambulatoriais⁷.

Foi possível compreender que as cinco gestantes com HIV, principalmente aquelas que receberam o diagnóstico no início ou durante a gestação, perceberam diante da notícia arrasadora de uma condição que não tem cura, e que pode ser transmitida para o feto, a necessidade de motivação para viver, embora o diagnóstico traga em seu espectro vários elementos de morte. As falas das participantes expressaram que inicialmente preponderou o medo de vivenciarem mudanças físicas e orgânicas radicais, que as impossibilitaria de manter suas rotinas e de planejarem o futuro. Outra grande angústia vivenciada foi o medo de transmitir o vírus HIV para o feto. Um estudo sobre o conhecimento de gestantes soropositivas acerca da transmissão vertical também apontou que as interpretações acerca do vírus HIV são: *“doença que mata”, “não possui cura” “representa o fim”, “aquele que se vê diante de um diagnóstico positivo vive um sentimento de decretação de morte antecipada pela equivalência imaginária”*²⁶. Gestantes com HIV vivenciam situações de ansiedade e medo, e de esperança e motivação que se misturam aos tantos outros sentimentos inerentes ao processo de maternidade⁷.

Verificou-se mediante as falas das pacientes que a equipe de saúde do hospital explicaram sempre que havia algum déficit no entendimento delas, a importância de adesão ao tratamento para consequente redução da possibilidade de infecção do feto e de um adoecimento próprio, pretendendo transmitir uma visão de promoção de saúde e de cuidados a longo prazo. A equipe se propunha a tirar todas as dúvidas das pacientes e a explicar de maneira clara e de fácil entendimento todos os aspectos que abrange o diagnóstico.

O acompanhamento no período do pré-natal ajuda a mulher a ampliar seus conhecimentos sobre o próprio diagnóstico, as formas de prevenção e os cuidados necessários durante o processo gestacional e puerperal, representando um importante momento para que

as gestantes possam sentir-se seguras com relação ao acompanhamento pela equipe de saúde e, principalmente, passem a confiar nas recomendações da equipe acerca do cuidado⁸.

CONCLUSÃO

Todas as pacientes entrevistadas manifestaram algum nível de vulnerabilidade emocional, com predomínio da utilização de estratégias focalizadas na busca de suporte religioso fantasioso para o enfrentamento de problemas, recurso que pode atuar como fator de proteção, mas também de esquiva, especialmente quando relacionado com a presença de sintomas ansiosos.

Houve insatisfação da equipe de saúde em relação a adesão ao tratamento de três das cinco pacientes e quatro reconheceram ter interrompido o antirretroviral em algum momento, deixando clara a dificuldade que muitas mulheres apresentam em manter o tratamento adequado a longo prazo, embora com maior responsabilização pelo autocuidado na gestação.

Esse conjunto de observações pode suscitar um alerta à equipe de saúde sobre a necessidade de um apoio e acompanhamento multidisciplinar que possa favorecer o suporte psicossocial às gestantes, de maneira a auxiliar na mudança ou manutenção de comportamentos de adesão. Uma assistência humanizada, que vai além das ações clínicas, direcionadas à prevenção e tratamento do HIV/ AIDS, devem considerar a condição emocional e sociocultural dessas mulheres. O diagnóstico do HIV instala a necessidade de um apoio que englobe e articule a gestante e sua rede de convívio sócio familiar, pois o saber-se soropositiva, devido às incertezas e aos temores que gera em torno de si e do filho, impõe uma mudança de perspectiva existencial.

O estudo ainda evidencia que, para que essa população consiga atender às recomendações de saúde de maneira mais eficaz, torna-se imprescindível que as gestantes tenham um espaço no qual seus sentimentos decorrentes da gestação e do diagnóstico de HIV possam ser expressos e trabalhados. Observou-se que mesmo com a presença de variáveis que apontavam para a realização incompleta ou inadequada do pré-natal e das medidas de profilaxia da transmissão vertical, as pacientes demonstraram compreender que frente ao diagnóstico de HIV, não haveria possibilidade de cura, mas de qualidade de vida tanto para elas, quanto para o feto, se realizadas adequadamente todas as etapas do tratamento durante e após a gestação.

O presente estudo tem como limitações o reduzido número de participantes, e o fato de não ter sido possível aplicar as escalas em todas as participantes devido a resolução da gestação. Todavia, os dados encontrados são relevantes, pois, articulados a outros estudos, aponta aos profissionais de saúde a magnitude do olhar para as gestantes HIV positivas como seres biopsicossociais. Ouvir suas perspectivas sobre o momento que estão vivendo permite oferecer-lhes uma assistência de qualidade, desenvolvendo estratégias que possibilitem uma melhor adesão à terapêutica com os antirretrovirais, levando-as a perceberem a necessidade da continuidade do tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Br), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Bol Epidemiol HIV AIDS [Internet]. 2017 [citado em 05 jul 2018]; 5(1):1-60. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hivaids-2017>
2. Ministério da Saúde (Br), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010 [citado em 05 jul 2018]. (Manuais; n. 46). Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2010/recomendacoes-para-profilaxia-da-transmissao-vertical-do-hiv-e-terapia-antirretroviral-em>
3. Ministério da Saúde (Br), Programa Nacional de DST e Aids. Plano operacional para a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis no Brasil [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007

- [citado em 05 jul 2018]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1931.pdf>
4. Ministério da Saúde (Br), Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007 [citado em 05 jul 2018]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsisfilis_manualbolso.pdf
5. Faria ER, Carvalho FT, Lopes RS, Piccinini CA, Gonçalves TR, Santos BR. Gestação e HIV: preditores da adesão ao tratamento no contexto do pré-natal. *Psicol Teor Pesqui*. [Internet]. 2014 [citado em 20 dez 2018]; 30(2), 197-203. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722014000200009>
6. Ministério da Saúde (Brasil), Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV/Aids. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007 [citado em 06 jul 2018]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_tratamento_aids.pdf
7. Barros VL, Araújo MAL, Alcântara MNA, Guanabara MAO, Melo SP, Guedes SSS. Fatores que interferem na adesão de gestantes com HIV/Aids à terapia antirretroviral. *Rev Bras Promoç. Saúde* [Internet]. 2011 [citado em 06 jul 2018]; 24(4):396-403. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40820855016>
8. Pereira FW, Kleinubing RE, Ilha S, Gomes GC, Souza MB. Estratégias para a adesão ao tratamento de gestantes soropositivas ao vírus da imunodeficiência humana. *Rev Pesqui*. [Internet]. 2015 [citado em 27 fev 2020]; 7(3):2796-804. DOI: 10.9789/2175-5361.2015.v7i3.2796-2804
9. Gimenes MMG, Queiroz B. As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. In: Gimenes MMG, Fávero MH, organizadores. *A mulher e o câncer*. Campinas: Psy; 1997. p. 171-95.
10. Seidl EMF, Tróccoli BT, Zannon CMLC. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicol Teor Pesqui*. [Internet]. 2001 [citado em 16 mar 2020]; 17(3):225-34. DOI: 10.1590/S0102-37722001000300004
11. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. [Internet]. 1983 [citado em 16 mar 2020]; 67(6):361-70. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
12. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Junior C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 1995 [citado em 16 mar 2020]; 29(5):359-63. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000500004>
13. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13ed. São Paulo: Hucitec; 2013. 319p.
14. Silva CM, Alves RS, Santos TS, Bragagnollo GR, Tavares CM, Santos AAP. Panorama epidemiológico do HIV/aids em gestantes de um estado do Nordeste brasileiro. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2018 [citado em 03 fev 2019]; 71(Supl 1):613-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0495>
15. Galvão JMV, Costa ACM, Galvão JV. Perfil sócio demográfico de portadores de HIV/AIDS de um serviço de atendimento especializado. *Rev Enferm UFPI* [Internet]. 2017 [citado em 27 fev 2020]; 6(1):4-8. DOI: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v6i1.5533>
16. Ayala ALM, Moreira A, Francelino G. Características socioeconômicas e fatores associados à positividade para o HIV em gestantes de uma cidade do Sul do Brasil. *Rev APS* [Internet]. 2016 [citado em 27 fev 2020]; 19(2):210-22. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15666>
17. Paes ALV, Gomes HG, Ribeiro ARS, Lima MMB, Araújo BB, Smith NA. Perfil epidemiológico de gestantes com HIV acompanhadas em um serviço de assistência especializada em Belém-PA. *Rev Interd*. [Internet]. 2017 [citado em 16 mar 2020]; 10(3):100-9. Disponível em: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1313/pdf_216
18. Mendes RS, Lima MAAL, Branco CSN, Pamplona YAP, Macêdo AMB. Realização da sorologia para HIV no pré-natal: conhecimento e percepção da gestante. *Rev Enferm Contemp*. [Internet]. 2015 [citado em 27 fev 2020]; 4(1):2-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v4i1.439>

19. Teixeira SP, Aguiar DS, Nemer CRB, Menezes RAO. Perfil epidemiológico de gestantes com HIV admitidas em uma maternidade de referência no Amapá. Rev Eletrônica Acervo Saúde [Internet]. 2020 [citado em 15 mar 2020]; 12(2):e2543. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e2543.2020>
20. Rego GMV, Melo KM, Rolim ILTP, Aquino DMC. Desafios enfrentados na diminuição das taxas de transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana. Rev Enferm UFPI [Internet]. 2017 [citado em 26 fev 2020]; 6(1):54-60. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5632>
21. Jordão BA, Espolador GM, Sabino AMNF, Tavares BB. Conhecimento da gestante sobre o HIV e a transmissão vertical em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. Rev Bras Pesqui Saúde [Internet]. 2016 [citado em 15 mar 2020]; 18(2):26-34. DOI: <https://doi.org/10.21722/rbps.v18i2.15081>
22. SFA Arruda, Henriques AHB, Trigueiro JVS, Pontes MGA, Lima EAR, Torquato IMB. Desvelando o conhecimento de gestantes soropositivas acerca da transmissão vertical do HIV. Rev Enferm UFPE online [Internet]. 2016 [citado em 15 mar 2020]; 10(Supl. 3):1441-9. DOI: 10.5205/reuol.7057-60979-3-SM-1.1003sup201612
23. Folkman S, Moskowitz JT. Coping: pitfalls and promise. Ann Rev Psychol. [Internet]. 2004 [citado em 03 fev 2019]; 55:745-74. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>
24. Silva RTS, Silva RAR, Rodrigues IDC, Souza Neto VL, Silva BCO, Souza FMLC. Estratégias de enfrentamento utilizadas por pessoas vivendo com AIDS frente à situação da doença. Rev Latinoam Enferm. [Internet]. 2018 [citado em 15 mar 2020]; 26:e2985. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2284.2985>
25. Souza JS. Gestantes hipertensas hospitalizadas: ansiedade, depressão e modos de enfrentamento [dissertação]. São Paulo, SP: Pontifícia Universidade Católica; 2010. p. 56-60
26. Bringel APV, Pereira MLD, Vidal ECF, Dantas GB. Vivência de mulheres diagnosticadas com HIV/AIDS durante a gestação. Cienc Cuid Saúde [Internet]. 2015 [citado em 15 mar 2020]; 14(2):1043-50. DOI: 10.4025/ciencucuidsaude.v14i2.22299

CONTRIBUIÇÕES

Maria Fernanda Garcia de Almeida e Maira Morena Borges contribuíram na concepção, delineamento, análise quantitativa e redação. **Maria Fernanda Garcia de Almeida e Cassiana Morais de Oliveira** participaram da análise qualitativa. **Cassiana Morais de Oliveira** atuou na redação e revisão.

Como citar este artigo (Vancouver)

Almeida MFG, Borges MM, Oliveira CM. Percepções sobre adesão ao tratamento e variáveis psicológicas de gestantes soropositivas para o HIV/AIDS. REFACS [Internet]. 2020 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 8(3):392-402. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (ABNT)

ALMEIDA, M. F. G.; BORGES, M. M.; OLIVEIRA, C. M. Percepções sobre adesão ao tratamento e variáveis psicológicas de gestantes soropositivas para o HIV/AIDS. REFACS, Uberaba, MG, v. 8, n. 3, p. 392-402, 2020. Disponível em: *inserir link de acesso*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.

Como citar este artigo (APA)

Almeida, M.F.G., Borges, M.M., & Oliveira, C.M. (2020). Percepções sobre adesão ao tratamento e variáveis psicológicas de gestantes soropositivas para o HIV/AIDS. REFACS, 8(3), 392-402. Recuperado em: *inserir dia, mês e ano de acesso* de *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.