

Fases psicológicas de gestantes com HIV: estudo qualitativo em hospital

Rodrigo Almeida Bastos¹, Nara Regina Bellini², Carla Maria Vieira³, Claudinei José Gomes Campos⁴, Egberto Ribeiro Turato⁵

Resumo

Houve mudança de paradigma quanto ao prognóstico da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, passando da morte para problema crônico, mas ainda hoje a infecção implica revisão de vida da mulher que convive com a doença. O objetivo deste artigo foi apresentar as fases psicológicas pelas quais passam as gestantes após descobrirem a contaminação. Foi realizado estudo clínico-qualitativo a partir de entrevistas individuais, e a amostra foi intencional e fechada pelo critério de saturação teórica. Após análise qualitativa de conteúdo, foram estabelecidas três fases psicológicas evolutivas: confusão emocional, dúvida existencial e ambiguidade funcional. A notícia do teste positivo desencadeia emoções intensas e mecanismos de defesa, sobretudo devido ao medo de transmissão vertical. Dessa forma, é fundamental que equipes de saúde ampliem a compreensão sobre esta vivência tão significativa para gestantes e seus familiares.

Palavras-chave: Síndrome de imunodeficiência adquirida. Gravidez. Bioética. Pesquisa qualitativa.

Resumen

Fases psicológicas de embarazadas con VIH: estudio cualitativo en un hospital

Hubo un cambio de paradigma con respecto al pronóstico de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, pasando de la muerte a un problema crónico, pero aún hoy la infección implica la revisión de la vida de la mujer que convive con la enfermedad. El objetivo de este artículo fue presentar las fases psicológicas por las que pasan las embarazadas luego de descubrir la contaminación. Se realizó un estudio clínico-cualitativo, a partir de entrevistas individuales y la muestra fue intencional y cerrada por el criterio de saturación teórica. Luego del análisis cualitativo de contenido, se establecieron tres fases psicológicas evolutivas: confusión emocional, duda existencial y ambigüedad funcional. La noticia del test positivo desencadena emociones intensas y mecanismos de defensa, sobre todo debido al temor a la transmisión vertical. De esta forma, es fundamental que los equipos de salud amplíen la comprensión sobre esta vivencia tan significativa para las embarazadas y sus familiares.

Palabras clave: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Embarazo. Bioética. Investigación cualitativa.

Abstract

Psychological phases of pregnant women with HIV: a qualitative study in a hospital

There has been a paradigm shift regarding the prognosis of Human Immunodeficiency Virus infection, changing it from death to a chronic condition, but the infection still implies a review of the life of women who are living with this virus. The objective of this article is to present the psychological phases which pregnant women go through after knowing about their infection. A clinical-qualitative study was carried out, applying individual interviews, with an intentional sample, using the theoretical saturation criterion. Three evolutionary psychological phases emerged from the analysis: emotional confusion; existential doubt; functional ambiguity. The news of the presence of the virus brings intense emotions triggering defense mechanisms, especially, against the strong fear of vertical transmission. It is, thus, fundamental for health teams to broaden the understanding of this experience so significant for pregnant women and their families.

Keywords: Acquired immunodeficiency syndrome. Pregnancy. Bioethics. Qualitative research.

Aprovação CEP-Unicamp CAAE 0447.0.146.000-06

1. **Mestre** almeidabastos.rodrigo@gmail.com – Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) 2. **Especialista** narebel@terra.com.br – Unicamp 3. **Doutora** vcarlamaria@gmail.com – Unicamp 4. **Doutor** ccampos@unicamp.br – Unicamp 5. **Doutor** erturato@uol.com.br – Unicamp, Campinas/SP, Brasil.

Correspondência

Nara Regina Bellini – Universidade Estadual de Campinas. Cidade Universitária Zeferino Vaz. Rua Tessália Vieira de Camargo, 126 CEP 13083-887. Campinas/SP, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

Paralelamente ao crescimento de casos de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) entre indivíduos heterossexuais, aumentou também a contaminação de mulheres em idade reprodutiva. Dessa forma, as autoridades de saúde pública passaram a dar mais atenção às taxas de transmissão do vírus da mãe para o feto (transmissão vertical)^{1,2}, a partir de três vias: período gestacional, trabalho de parto ou amamentação^{3,4}.

Nesse contexto, os serviços de atenção à saúde passaram a concentrar esforços para aplicar os protocolos de profilaxia da transmissão vertical em gestantes e parturientes soropositivas, segundo recomendação do Ministério da Saúde observada no estudo de Kupek e Oliveira¹. Esses esforços foram impulsionados por investimentos para detectar situações de iniquidade e deficiências na aplicação de protocolos, gerando subsídios para ampliar a assistência⁵. As investigações sobre a contaminação pelo vírus a partir da transmissão vertical permitiram aos pesquisadores observar os principais fatores de risco para esses casos: não realização do teste de HIV na gestação e o desconhecimento do resultado da sorologia antes do parto⁶.

É importante trazer à luz as implicações psicológicas e sociais da gravidez em mulheres vivendo com HIV. Há restrições sobretudo no que diz respeito a questões reprodutivas⁷ – por exemplo, não poder amamentar o filho, o que pode provocar sentimento de culpa, impotência e frustração⁸. Observa-se que, quando a descoberta da gravidez coincide com o diagnóstico da infecção, a gravidez torna-se instável do ponto de vista emocional⁹. Essa instabilidade é consequência, principalmente, das construções sociais sobre a contaminação, marcadas por discriminação e estigmatização¹⁰.

Em razão de fatores históricos e sociológicos relacionados à epidemia global de aids, portadores da síndrome passaram a ser estigmatizados socialmente. A doença foi associada a comportamentos promíscuos, ao uso de drogas ilícitas e à homossexualidade, remetendo também, ao menos inicialmente, à morte, à degradação física e à perda dos direitos civis^{11,12}. Assim, mulheres grávidas infectadas passaram a conviver com importantes perdas simbólicas, dificuldades afetivas e materiais¹³. A relevância do tema é ainda mais evidente quando se observa que as fantasias psicológicas de exclusão social podem dificultar a adesão a medidas de prevenção, penalizando ainda mais as portadoras do vírus e aumentando a experiência negativa de preconceito¹¹.

Para a gestante, reconhecer-se como infectada pelo vírus implica a necessidade de redefinir o valor

da própria vida e do feto que está sendo gerado, bem como dos sentidos das relações interpessoais e até da própria morte¹⁴. Assim, ao ter conhecimento da sorologia positiva durante a gravidez, a mulher sofre impacto psicológico intenso¹⁵. Além disso, o sistema de saúde pública no Brasil apresenta deficiências na aplicação do protocolo de cuidados com as gestantes¹¹, o que acarreta insuficiência de exames sorológicos para esta população².

Embora o prognóstico do HIV tenha mudado nas últimas décadas, passando da morte para problema clínico crônico, ainda hoje o casal que convive com a doença deve rever sua postura, sobretudo quanto à saúde reprodutiva¹⁶. Ou seja, é preciso que a experiência da maternidade dessas mulheres esteja vinculada ao autocuidado, à recuperação da autoestima a partir do papel social de cuidadora e ao desejo de viver¹⁷.

Conduzida em hospital universitário, esta pesquisa discute os significados psicológicos atribuídos por gestantes às próprias vivências como portadoras do vírus, com o intuito de perceber se esses significados são organizados por etapas. Assim, o artigo propôs teorização baseada em fases psicológicas, potencialmente evolutivas, pelas quais passariam as gestantes após o diagnóstico da doença. Espera-se que as conclusões ajudem o profissional da área da saúde nas tarefas de acolhimento e abordagem dessa população.

Método

Participantes

Este estudo exploratório-descritivo e de caráter clínico-qualitativo¹⁸ particulariza métodos qualitativos genéricos e valoriza atitudes existenciais, clínicas e psicodinâmicas. A amostra intencional foi composta por nove gestantes, sendo fechada pelo critério de saturação teórica^{19,20}.

Instrumentos

Foi utilizado roteiro estruturado, semidirigido e com questões abertas para guiar as entrevistas individuais. As entrevistas começavam com a seguinte questão disparadora, feita em forma de convite: *“Gostaria que me contasse o que representou para você receber o diagnóstico do HIV, considerando seu momento de gestação”*.

Coleta de dados

Para a coleta de dados foi empregada a técnica da entrevista semidirigida de questões abertas em

profundidade, com observação e escuta apurada dos sujeitos da pesquisa¹⁸. As entrevistas ocorreram em horários previamente combinados com as mulheres, em recinto reservado, para garantir a privacidade e consequente validade dos relatos. O local escolhido foi o ambulatório de Pré-Natal Especializado (PNE) do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Caism), da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp, São Paulo, Brasil), onde gestantes com sorologia positiva para o HIV são clinicamente acompanhadas.

Análise de dados

As entrevistas foram registradas em gravador de voz e transcritas literalmente para posterior análise qualitativa de conteúdo²¹. Esse tipo de análise segue estes passos: leitura flutuante do *corpus*, para percepção refinada do conteúdo latente da fala subjacente; identificação de *núcleos de significados* ao longo do *corpus*, classificados em unidades temáticas para o debate; e validação dos resultados, que no caso desta pesquisa ocorreu em reuniões do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa da Unicamp, no sistema *peer review*. Foram utilizados métodos próprios de estudos qualitativos, como o reconhecimento da *polissemia*, ou seja, os diversos sentidos simbólicos da experiência humana, e da perspectiva *ênica*, que leva pesquisadores ao esforço afetivo-intelectual de ver a partir de quem vivencia.

Considerações éticas

O projeto foi devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Todas as participantes foram informadas acerca da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido voluntariamente.

Resultados

Nove gestantes, com idade entre 22 e 31 anos, colaboraram com a investigação, apresentando-se assintomáticas no momento da entrevista. Quanto à história obstétrica, havia duas mulheres primigestas, três secundigestas e quatro que tinham engravidado mais de três vezes. No momento da entrevista, duas estavam com menos de 20 semanas de gestação, cinco estavam entre 20 e 29 semanas, e duas acima de 36 semanas. Todas receberam o diagnóstico da aids no início da gestação, assim que iniciaram o acompanhamento pré-natal no serviço.

Nas próximas seções, apresentamos recortes de falas, a partir dos quais pôde-se perceber a evolução – não obrigatoriamente em ordem cronológica – de três grandes fases psicológicas que sucedem o diagnóstico de HIV durante a gravidez. Foi observado que a gestação vinha carregada de emoções e fantasias, levando a mulher a desenvolver mecanismos emocionais de defesa contra autopercepções adversas, como a impressão de estar contaminada por “coisas ruins” ou pavor. Sentimentos de alegria e de renovação interna, frequentemente idealizados para a gestação, ficam ofuscados pelo medo da estigmatização e da discriminação, bem como pelas ideias associadas à finitude da vida.

Da análise das entrevistas, surgiram categorias que apontam para grandes questionamentos pessoais. Surge como consequência imediata do diagnóstico de infecção durante a gravidez o conhecimento de dupla presença dentro do corpo: a de uma criança que virá ao mundo e a de um vírus que persegue a ambos, mãe e filho.

O que estou sentindo? A fase da confusão emocional

“O que estou sentindo”: esta parece ser a primeira pergunta que as entrevistadas fazem a si mesmas. Nesta fase, a confirmação da infecção por HIV na gestação confunde os sentimentos, “tirando o chão” das gestantes, que perdem os referenciais que estruturavam o mundo particular da nova mãe. A percepção da renovação interna e da gratificante geração de vida se transforma em algo inominável, não imaginado, que atordoa e angustia:

“Quando fiquei sabendo foi muito difícil, um impacto bem forte, nunca esperava ou desconfiava que tivesse... Meu mundo desabou ali na minha frente, perdi o chão” (E7);

“Nunca esperei acontecer isto comigo, porque muda tudo, o meu mundo caiu” (E2).

A angústia torna-se dominante quando as mulheres não conseguem ou não podem falar sobre o problema com pessoas próximas. A literatura registra que, quando se veem obrigadas a esconder o diagnóstico por temer preconceito e rejeição, elas ficam emocionalmente sobrecarregadas, sendo comuns sentimentos de desespero²²: *“Fiquei desesperada, com medo de falar para o meu parceiro... Medo da minha família descobrir...”* (E8).

As entrevistadas demonstraram-se ansiosas ao falar, titubeando para verbalizar as palavras “aids e

HIV” e atribuir a elas sentidos humanos. Surge então problema focal, relacionado à necessidade moral de comunicar aos outros o diagnóstico – momento de desorganização momentânea, vivido como fragmentador da personalidade.

As mulheres relatam o temor de serem rejeitadas, receando o preconceito das pessoas que as cercam, como apontado na literatura²³. Esse temor muitas vezes faz com que a mulher infectada recorra a estratégias de autoproteção contra o estigma, ocultando o problema em seu círculo social, ainda em meio à confusão de sentimentos. A herança do preconceito contra segmentos populacionais, a noção de “grupos de risco” e concepções equivocadas sobre formas de contaminação geram na consciência das pessoas fantasias associadas ao HIV. Constrói-se círculo vicioso, que recrudesce o sentimento de exclusão, preocupante por seu potencial de prejudicar a aderência ao tratamento:

“Liguei para o meu parceiro... Só falei para ele e pretendo guardar, não falar para mais ninguém... Não confio na minha família, são preconceituosos, não sinto segurança em falar” (E1);

“Perante a sociedade me sinto mal, tento conversar com as pessoas e é como se eu fosse uma aberração, um vírus ambulante, qualquer coisa assim” (E2).

Nesta fala a entrevistada revela grande dificuldade em aceitar a soropositividade, adotando o mecanismo defensivo da negação, recurso primitivo comum diante de más notícias. Componentes de culpa e autocondenação acompanham a condição clínica, exacerbando o sofrimento psíquico perante a ameaça real do HIV à própria vida e à vida do filho: *“Eu falei que era mentira, que eu não tinha, que não era possível” (E4); “Pensei em entregar o nenê para minha família, eu não quero conviver com todo mundo apontando e dizendo que a mãe dele tem HIV...” (E3).*

O que estou gestando: vida ou morte? A fase da dúvida existencial

Na segunda fase psicológica surgem dúvidas de natureza existencial, e o impacto do diagnóstico provoca intensas e peculiares reações emocionais na mulher. Saindo da condição de puramente genitora, morte e vida se misturam, e a paciente passa a conviver com a ambivalência dos afetos – o estado estranho de gestar entes opostos: *“Perguntei quanto tempo eu teria de vida” (E1).*

Ao indicar que a vida corre risco, o diagnóstico ameaça sonhos e “contamina” todo um universo

de significações e desejos²⁴. A angústia é referida como sinal de catástrofe, de desagregação física e espiritual: *“No começo pensei que ficaria feia, muito magra, doente, ruim...” (E1).*

São comuns fantasias distorcidas relativas a incapacitações e a riscos à integridade do bebê. Esses pensamentos se articulam e desencadeiam outras angústias, ligadas ao abandono do filho; a mãe se imagina como provedora da criança, mas impossibilitada de vê-la crescer. Como consequência, a mulher teme pelo desamparo do filho e por seu próprio fim²⁴: *“Representou que minha vida tinha acabado...” (E3).*

A gestação envolve exigências psicológicas complexas, de readaptação da rotina e reorganização dos papéis exercidos na família e, ainda que a descoberta da infecção envolva diversos temores nessa readaptação, há relatos que afirmam ser possível sentir satisfação pela maternidade:

“A única coisa que me motivou foi segurar a minha filha... Mais nada fazia sentido naquele momento” (E7);

“O que tenho que fazer é me tratar e pensar no nenê que está vindo...” (E4).

Novamente, ideias de vida em risco povoam o pensamento da mulher, associando a aids ao comprometimento inexorável da vida. Mesmo assim a gestante luta pelo direito à vida, estimulada pela revitalização representada pela criança que se desenvolve em seu ventre.

O que estou transmitindo: amor ou doença? A fase da ambiguidade funcional

A terceira etapa remete ao papel funcional da gravidez. Nesta fase psicológica a mulher se sente pouco mais resolvida, mas a função criadora/procriadora é expressa por pensamentos ambíguos. Sonhos em construção são prejudicados pela nova condição clínica, e a geração da vida passa a ser percebida também como risco de contaminação da doença. O que se tinha como valioso na vida – transmitir amor e vida – torna-se ambíguo: *“Afim, o que estou transmitindo?”.*

As entrevistadas relatam medo intenso de passar a doença para o bebê, mesmo sabendo que, com a terapia antirretroviral, a chance de infectá-lo é mínima. A intensidade e a confusão das emoções que experimentam representam a ambivalência entre amar e transmitir vírus tão terrível ao filho: *“Será que ele tem também? Será que vai nascer com ou sem? Tenho medo de passar para ele e mais tarde ele não me aceitar” (E1).*

A ambiguidade se mostra mais evidente nos sentimentos ligados à infecção e à sensação de possível fim próximo para o filho e ao afeto pela vida em expansão. Culturalmente, a maternidade cria responsabilidade por outra vida, seja qual for a condição física da mulher. E, nesse caso, surge a contradição, pois com a responsabilidade pelo filho há a probabilidade de contaminá-lo. São manifestadas, então, ideias de morte:

“Pensei em abortar, se estivesse com menos tempo de gestação” (E1);

“Eu não vou querer ter mais filhos, tenho medo que aconteça com ele... Se posso evitar, por que vou correr o risco?” (E2).

O medo da transmitir o vírus para a criança evidentemente é a maior preocupação das gestantes. Nessa fase, experiências intensamente dolorosas de “perda em vida” conduzem a sentimentos de desesperança em relação à criança.

Discussão

Na teorização foram apresentados três momentos – nem sempre linearmente dispostos – vivenciados por mulheres grávidas com HIV. Esses três momentos são marcados por diferentes sentimentos e indagações: confusão emocional (“O que estou sentindo?”); dúvida existencial (“O que estou gestando: vida ou morte?”); e ambiguidade funcional (“O que estou transmitindo: amor ou doença?”). As fases psicológicas têm como características: relação de interdependência, não linearidade, andamento em avanços e recuos e sucessão rápida.

O medo intenso relacionado ao contágio da doença e à vida da criança exige que profissionais da saúde discutam melhor a questão²⁵, uma vez que assimilar a infecção pelo HIV e a gravidez é tarefa emocional árdua, pois surgem sentimentos simultâneos de vida e morte na mente da paciente²⁶. No caso de gestantes convivendo com o vírus, o preconceito e a discriminação afetam diretamente a vida familiar e a experiência como mãe¹⁰. Mas, a despeito desses fatores vistos como negativos, prevalecem certa coragem e sentimentos de felicidade em relação ao filho que vai vir ao mundo.

A gestação é vivenciada por essas mulheres como momento de redefinição subjetiva, já que é preciso se reconhecer ao mesmo tempo como mãe e portadora do vírus – portanto, como transmissora de vida e de limitações à vida, com todos os desdobramentos dessa condição que exige grande energia mental.

Como mostram os resultados, o diagnóstico obriga a mulher a usar mecanismos de defesa, como negação, isolamento e desvalorização de si mesma. É fundamental que os profissionais de saúde tenham mais conhecimento sobre a situação emocional e social dessas gestantes para que possam utilizar estratégias específicas de abordagem²⁶.

Como dito, os sentimentos e percepções dessas grávidas podem ser classificados em três fases: a primeira, de confusão inicial de sentimentos; a segunda, de percepção das ambiguidades; e a terceira, de dúvida da mulher quanto ao que será transmitido ao filho. Percebendo o desenvolvimento dessas fases, que colocam em evidência aspectos da estrutura emocional da portadora do HIV, o profissional da saúde terá condições de decidir sobre o acolhimento mais adequado. Discussões como a aqui proposta devem servir de ferramenta para adaptar propostas terapêuticas a essas mulheres e suas famílias, favorecendo a aderência ao tratamento e minimizando a possibilidade de transmissão vertical do HIV.

A presente proposta de classificação em três fases não deve ser generalizada *a priori*. As fases psicológicas sugeridas por esta investigação podem ser generalizadas apenas *a posteriori*, dependendo das semelhanças dos casos aqui apresentados com outras situações clínicas.

Considerações finais

O manejo das situações clínicas que envolvem essas gestantes pode ser melhorado com o conhecimento, por parte da equipe de acolhimento e cuidado, das fases psicológicas envolvidas. Três destas fases foram observadas neste estudo. As vivências relatadas por elas permitiram observar que a confusão emocional, a dúvida existencial e a ambiguidade funcional são frutos da instabilidade específica desta situação clínica, que implica mudanças hormonais, orgânicas, fisiológicas, psicológicas, comportamentais e sociais.

Este estudo evidencia aspectos psicológicos de mulheres que descobrem ser soropositivas durante a gravidez. O medo em relação à transmissão vertical e a ameaça à vida do filho fazem parte de seu universo emocional, como apontam a literatura e os resultados deste estudo. O nascimento costuma ser idealizado e relacionado a sentimentos positivos, mas quando há a possibilidade de contaminação do bebê pelo vírus, a angústia é sentida pela própria mãe. Portanto, trata-se de orientá-las a redefinir a subjetividade no intuito de se organizarem como mães de criança com risco potencial de contaminação por HIV.

Referências

1. Kupek E, Oliveira JF. Transmissão vertical do HIV, da sífilis e da hepatite B no município de maior incidência de aids no Brasil: um estudo populacional no período de 2002 a 2007. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2012 [acesso 4 fev 2018];15(3):478-87. DOI: 10.1590/S1415-790X2012000300004
2. Ramos VM, Figueiredo EN, Succini RCM. Entraves no controle da transmissão vertical da sífilis e do HIV no sistema de atenção à saúde do município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2014 [acesso 7 mar 2018];17(4):887-98. DOI: 10.1590/1809-4503201400040008
3. Soeiro CMO, Miranda AE, Saraceni V, Lucena NO, Talhari S, Ferreira LCL. Mother-to-child transmission of HIV infection in Manaus, state of Amazonas, Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop* [Internet]. 2011 [acesso 23 nov 2017];44(5):537-41. DOI: 10.1590/S0037-86822011000500001
4. Araújo CLF, Signes AF, Zampier VSB. O cuidado à puérpera com HIV/aids no alojamento conjunto: a visão da equipe de enfermagem. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2012 [acesso 23 nov 2017];16(1):49-56. DOI: 10.1590/S1414-81452012000100007
5. Alvarenga WA, Dupas G. Experiência de cuidado em relação à criança exposta ao vírus da imunodeficiência humana: uma trajetória de expectativas. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2014 [acesso 7 fev 2018];22(5):848-56. DOI: 10.1590/0104-1169.3607.2489
6. Martins MZO, Santana LS. Benefícios da amamentação para saúde materna. *Interfaces Cient Saúde Ambiente* [Internet]. 2013 [acesso 8 maio 2018];1(3):87-97. DOI: 10.17564/2316-3798.2013v1n3p87-97
7. Santos RCS, Souza MJA. HIV na gestação. *Estação Científica Unifap* [Internet]. 2012 [acesso 23 nov 2017];2(2):11-24. Disponível: <https://bit.ly/2Uy6478>
8. Nascimento CS, Nery IS, Pereira LC, Rodrigues IS, Bezerra MM, Gomes IS. Desejo de maternidade frente ao diagnóstico de síndrome da imunodeficiência adquirida. *Rev Baiana Enferm* [Internet]. 2013 [acesso 12 mar 2018];27(3):239-48. DOI: 10.18471/rbe.v27i3.8390
9. Antunes L, Camargo BV, Bousfield ABS. Representações sociais e estereótipos sobre aids e pessoas que vivem com HIV/aids. *Psicol Teor Prát* [Internet]. 2014 [acesso 12 mar 2018];16(3):43-57. Disponível: <https://bit.ly/2VrlqI2>
10. Ethier KA, Ickovics JR, Fernandez MI, Wilson TE, Royce RA, Koenig LJ *et al*. The perinatal guidelines evaluation project HIV and pregnancy study: overview and cohort description. *Public Health Rep* [Internet]. 2002 [acesso 23 nov 2017];117(2):137-47. Disponível: <https://bit.ly/2UjJlp>
11. Langendorf TF, Padoin SMM, Paula CC, Souza IEO, Terra MG, Silva CB. Cotidiano do ser-casal: significados da profilaxia da transmissão vertical do HIV e possibilidades assistenciais. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2015 [acesso 7 mar 2018];19(2):259-64. DOI: 10.5935/1414-8145.20150034
12. Behboodi-Moghadam Z, Nikbakht-Nasrabadi A, Ebadi A, Esmaelzadeh-Saeieh S, Mohraz M. Fertility desire in Iranian women with HIV: a qualitative study. *Iran J Public Health* [Internet]. 2015 [acesso 12 jan 2018];44(8):1126-34. Disponível: <https://bit.ly/2KahdY1>
13. Mataya R, Mathanga D, Chinkhumba J, Chibwana A, Chikaphupha K, Cardiello J. A qualitative study exploring attitudes and perceptions of HIV positive women who stopped breastfeeding at six months to prevent transmission of HIV to their children. *Malawi Med J* [Internet]. 2013 [acesso 12 jan 2018];25(1):15-9. Disponível: <https://bit.ly/2CYFXfz>
14. Dadhwal V, Sharma A, Khoiwal K, Deka D, Sarkar P, Vanamail P. Pregnancy outcomes in HIV-infected women: experience from a tertiary care center in India. *Int J MCH Aids* [Internet]. 2017 [acesso 12 mar 2018];6(1):75-81. DOI: 10.21106/ijma.196
15. Cardoso GSS. Manejo de estresse para pacientes com HIV/aids por meio da TCC. *Rev Bras Ter Cogn* [Internet]. 2013 [acesso 23 jul 2017];9(1):26-33. DOI: 10.5935/1808-5687.20130005
16. Agbo S, Rispel LC. Factors influencing reproductive choices of HIV positive individuals attending primary health care facilities in a South African health district. *BMC Public Health* [Internet]. 2017 [acesso 12 mar 2018];17:540. DOI: 10.1186/s12889-017-4432-3
17. Barrionuevo Favero N, Dutra Sehem G, Silveira A, Stenert F. Terapia antirretroviral no cotidiano de adolescentes que vivem com HIV/aids. *Cienc Enferm* [Internet]. 2016 [acesso 24 jan 2018];22(1):23-33. DOI: 10.4067/S0717-95532016000100003
18. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 6ª ed. Petrópolis: Vozes; 2011.
19. Denzin NK, Lincoln YS. *The Sage handbook of qualitative research*. 3ª ed. Thousand Oaks: Sage; 2005.
20. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 [acesso 12 mar 2018];24(1):17-27. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000100003
21. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4ª ed. Lisboa: Edições 70; 2009.
22. Spindola T, Dantas KTB, Cadavez NFV, Fonte VRFD, Oliveira DC. Maternity perception by pregnant women living with HIV. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2015 [acesso 23 nov 2017];33(3):440-8. DOI: 10.17533/udea.iee.v33n3a07
23. Phanuphak N, Phanuphak P. History of the prevention of mother-to-child transmission of HIV in Thailand. *J Virus Erad* [Internet]. 2016 [acesso 23 nov 2017];2(2):107-9. Disponível: <https://bit.ly/2Ujoj0N>

24. Levandowski DC, Pereira MD, Dores SDS, Ritt GC, Schuck LM, Sanches IR. Experiência da gravidez em situação de soropositividade para o VIH: revisão da literatura brasileira. *Anál Psicol* [Internet]. 2014 [acesso 23 nov 2017];3(32):259-77. DOI: 10.14417/ap.575
25. Fonseca PL, Iriart JAB. Aconselhamento em DST/aids às gestantes que realizaram o teste anti-HIV na admissão para o parto: os sentidos de uma prática. *Interface Comun Saúde Educ* [Internet]. 2012 [acesso 12 jan 2018];16(41):395-407. DOI: 10.1590/S1414-32832012000200009
26. Galindo WCM, Francisco AL, Rios LF. Reflexões sobre o trabalho de aconselhamento em HIV/aids. *Temas Psicol* [Internet]. 2015 [acesso 21 mar 2018];23(4):815-29. DOI: 10.9788/TP2015.4-02

Participação dos autores

Nara Regina Bellini obteve os dados e, com Claudinei José Gomes Campos e Egberto Ribeiro Turato, concebeu e planejou o projeto de pesquisa. Rodrigo Almeida Bastos e Egberto Ribeiro Turato executaram revisão crítica e, com Nara Regina Bellini e Carla Maria Vieira, analisaram os dados. Todos os autores contribuíram para a redação do manuscrito.

Rodrigo Almeida Bastos

 0000-0002-6159-8048

Nara Regina Bellini

 0000-0002-0927-0985

Carla Maria Vieira

 0000-0002-4486-4527

Claudinei José Gomes Campos

 0000-0001-9587-6694

Egberto Ribeiro Turato

 0000-0002-7857-1482



Recebido: 28.8.2018

Revisado: 5.2.2019

Aprovado: 7.2.2019

Anexo

Roteiro temático Significações psicossociais do diagnóstico de HIV para gestante

Gostaria que você me contasse um pouco sobre como foi receber o diagnóstico do HIV na gestação.

Reações ao diagnóstico e vivência de aspectos da soropositividade.

1. O que representou para você receber o diagnóstico na gestação? Há quanto tempo recebeu este diagnóstico?
2. Contou para alguém? Quem? E qual foi a reação da(s) pessoa(s)?
3. Como foi encarar a família após o resultado? O que aconteceu no seu relacionamento familiar?
4. Você tinha informações sobre a transmissão e a prevenção do HIV antes de saber que era soropositivo?
5. Você sabia da possibilidade de transmitir o vírus para o bebê? O que você sabia? Como soube?
6. Como ficaram seus planos e seu projeto de vida?
7. Como ficou o relacionamento conjugal? Houve alguma mudança?
8. E a sua sexualidade, como era antes e como ficou o desejo sexual após o resultado? Fale-me mais sobre isso.
9. Perante a sociedade (mesmo as pessoas não tendo que saber do seu diagnóstico), como você se sente na convivência com as pessoas?
10. O que significa para você, nesse momento, a maternidade, como vai ser a relação com este filho? Explique isso melhor.
11. Qual seu modo de pensar acerca do impedimento à amamentação?
12. Gostaria de falar mais alguma coisa sobre a gestação e a descoberta do HIV?