



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MÁRCIA NEVES BARBOSA

ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE E AS SUAS INTERFACES NA
SAÚDE DA MULHER: NARRATIVAS DE MULHERES GRÁVIDAS COM
DIAGNÓSTICO POSITIVO PARA O HIV

RIO DE JANEIRO
2024



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MÁRCIA NEVES BARBOSA

ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE E AS SUAS INTERFACES NA
SAÚDE DA MULHER: NARRATIVAS DE MULHERES GRÁVIDAS COM
DIAGNÓSTICO POSITIVO PARA O HIV

Relatório de Defesa de Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Saúde, História e Cultura: Saberes em Enfermagem

Pesquisa Institucional: “Perspectivas atuais da assistência de enfermagem perinatal brasileira: reflexões acerca do cuidado de enfermagem”.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Inês Maria Meneses dos Santos

RIO DE JANEIRO

2024

Catálogo informatizada pelo(a) autor(a)

B238 Barbosa, Márcia Neves
 Espiritualidade e religiosidade e as suas interfaces na
saúde da mulher: narrativas de mulheres grávidas com
diagnóstico positivo para HIV / Márcia Neves Barbosa. --
Rio de Janeiro : UNIRIO, 2024.
 72

 Orientador: Inês Maria Meneses dos Santos.
 Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado
do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
2024.

 1. Pré-Natal. 2. Soropositividade para HIV. 3.
Espiritualidade. I. Santos, Inês Maria Meneses dos ,
orient. II. Título.

MÁRCIA NEVES BARBOSA

**ESPIRITUALIDADE E RELIGIOSIDADE E AS SUAS INTERFACES NA
SAÚDE DA MULHER: PERCEPÇÕES DE MULHERES GRÁVIDAS COM
DIAGNÓSTICO POSITIVO PARA O HIV**

Relatório de Defesa de Dissertação
apresentado ao Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, do Centro de Ciências
Biológicas e da Saúde, da Universidade
Federal do Estado do Rio de Janeiro –
UNIRIO, como requisito parcial para a
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em 03/07/2024.

Banca examinadora:



Documento assinado digitalmente

INES MARIA MEENESES DOS SANTOS

Data: 18/10/2024 07:34:07-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^a Dr^a Inês Maria Meneses dos Santos (Orientadora)
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Prof^a Dr^a Isis Vanessa Nazareth (1^a Examinadora)
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ-Macaé

Prof^a Dr^a Cristiane Rodrigues da Rocha (2^a Examinadora)
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Prof^a Dr^a Laísa Figueiredo Ferreira Lós de Alcântara (Suplente externa)
Instituto Nacional do Câncer – INCA

Prof^a Dr^a Laura Johanson da Silva (Suplente interna)
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

DEDICATÓRIA

Às mulheres que, com coragem e resiliência, enfrentaram o desafio do diagnóstico de HIV durante a gestação e se dispuseram a participar desta pesquisa científica. Sua força, determinação e disposição para compartilhar suas narrativas de vidas são inspirações inestimáveis.

Este trabalho é dedicado a vocês, em reconhecimento ao seu papel crucial na busca por compreensão e melhoria na qualidade de vida de todas as mulheres que enfrentam situações semelhantes.

Obrigada pela relevante contribuição e por iluminar os caminhos do conhecimento e da esperança na vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus e a Oxalá pela oportunidade de completar esta etapa de formação profissional. Sem a orientação e a proteção divina, este caminho não teria sido percorrido.

Quero expressar a minha imensa gratidão a todos que, de alguma forma, me ajudaram a concluir este trabalho, que marca uma passagem significativa na vida acadêmica.

Aos amigos da Espiritualidade, gratidão por me acompanharem em cada passo da jornada terrena, guiando meus passos neste mundo de provas e expiações rumo à cumprimento dos compromissos assumidos.

Aos meus filhos amados Giovanna e Guilherme pelo amor, carinho e incentivo em todas as vezes em que eu procrastinei em me dedicar a escrever.

Ao meu querido companheiro Diego, que esteve ao meu lado sempre apoiando e incentivando nos momentos em que achei que não seria capaz de alcançar este momento.

À minha orientadora Prof^a Dr^a Inês Maria Meneses dos Santos, sou imensamente grata por sua calma e por não ter me deixado desistir nos momentos mais tensos em que pensei não conseguir seguir até aqui e também por me conduzir por caminhos ainda desconhecidos e sinuosos da pesquisa científica.

Gratidão aos professores do curso que compartilharam seus conhecimentos para que eu adquirisse conhecimentos e habilidades que serão fundamentais para minha carreira e para minha contribuição à sociedade.

À Banca Examinadora, por aceitar o convite e por todas as contribuições.

Aos amigos de turma do mestrado 2022.1, gratidão pelo compartilhamento de tantos momentos bons e outros mais tensos, mas sempre ajudando e dando força uns aos outros.

Às companheiras(os) de trabalho no hospital, pelo incentivo e força para que eu iniciasse este caminho e por se preocuparem com a minha evolução.

À Universidade gostaria de expressar minha gratidão por ser uma instituição pública que proporciona oportunidades de formação igualitária e de qualidade para todos os indivíduos que se propõem a enveredar pelos caminhos do conhecimento, valorizando a inclusão e o mérito acadêmico para a construção de uma sociedade mais justa e equitativa.

Por fim, muito obrigada, a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, na representação das Professoras Cristiane Rodrigues da Rocha e Laura Johanson da Silva, por ser um farol de educação e por promover o desenvolvimento pessoal e profissional de seus estudantes.

A conclusão deste trabalho só foi possível graças aos apoios que recebi em todas as etapas de sua produção.

RESUMO

Esta pesquisa emergiu da experiência profissional da autora na assistência no pré-natal em ambulatório de alto-risco. O objetivo deste estudo é analisar a influência da religiosidade e espiritualidade de mulheres com diagnóstico positivo para o HIV no período gestacional, na busca do autocuidado, a partir das suas narrativas de vidas. Os objetivos específicos são: descrever o perfil obstétrico, social, econômico e cultural das mulheres com sorologia positiva para o HIV na gestação; identificar os fatores impactantes na vida das mulheres diagnosticadas com HIV durante o período gestacional. Adotou-se uma metodologia de abordagem quantiqualitativa. A priori, o estudo utilizou um questionário socioeconômico e cultural de caracterização das participantes; na abordagem quantitativa foi aplicada a Escala de religiosidade de DUKE-DUREL e na qualitativa foi realizada a Entrevista da narrativa de vida com a pergunta norteadora: “Fale sobre sua vida que tenha relação com a sua religiosidade e espiritualidade que tenha relação com o diagnóstico de HIV na gestação”. A pesquisa foi aprovada sem ressalvas pelo CEP do HUGG/UNIRIO, respeitou os aspectos ético-legais da Resolução 466/2012. Foram entrevistadas 14 mulheres que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: diagnóstico de HIV no período gestacional, idades gestacionais variadas, independentemente do número de gestação e idade cronológica, que realizam pré-natal na instituição cenário do estudo. Foi construído o perfil obstétrico, social, econômico e cultural das mulheres com sorologia positiva para o HIV na gestação. Além disso, foi elaborada a análise da espiritualidade e religiosidade de mulheres grávidas com diagnóstico positivo para o HIV. A partir da análise temática das entrevistas emergiu a categoria analítica A influência da religiosidade e da espiritualidade de mulheres com diagnóstico positivo para o HIV no período gestacional na busca do autocuidado. A influência da religiosidade e espiritualidade em mulheres com diagnóstico positivo para o HIV durante a gestação é um tema relevante. A aplicação da técnica de entrevista Narrativa de Vida permitiu com que as entrevistadas narrassem suas experiências desde a descoberta do diagnóstico, passando pelo tratamento durante a gravidez e parto, a impossibilidade de amamentação e expectativa do resultado negativo do seu bebê através da vivência religiosa e espiritual. As experiências espirituais e religiosas podem ser tanto positivas quanto negativas no enfrentamento de viver com HIV. Algumas mulheres encontraram conforto, apoio e força em sua fé, o que pode contribuir para a adesão ao tratamento e a busca por cuidados adequados. Por outro lado, outras podem enfrentar conflitos ou mudanças em suas crenças religiosas durante esse período desafiador. No âmbito da pesquisa, espera-se que os resultados obtidos possam subsidiar os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, a estar atentos a esses conteúdos nas narrativas das pacientes, pois eles podem influenciar aspectos terapêuticos, como adesão, apoio social e resolução de conflitos emocionais. Conclui-se que a espiritualidade e/ou a religiosidade podem ser recursos valiosos para mulheres com HIV durante a gestação, impactando diretamente sua busca pelo autocuidado e bem-estar geral.

Palavras-chave: Enfermagem Obstétrica. Pré-Natal. Saúde da Mulher. Soropositividade para HIV. Religião. Espiritualidade.

ABSTRACT

This research emerged from the author's professional experience in prenatal care at a high-risk clinic. This study aims to analyze the influence of religiosity and spirituality on women diagnosed with HIV during pregnancy in their pursuit of self-care, based on their life narratives. The specific objectives are: to describe the obstetric, social, economic, and cultural profile of women with HIV-positive serology during pregnancy; to identify the factors impacting the lives of women diagnosed with HIV during pregnancy. A mixed-methods approach was adopted. Initially, the study used a socioeconomic and cultural questionnaire to characterize the participants; the quantitative approach applied the DUKE-DUREL religiosity scale, and the qualitative approach utilized the Life Narrative Interview with the guiding question: "Tell us about your life in relation to your religiosity and spirituality, and how it relates to your HIV diagnosis during pregnancy." The research was approved without reservations by the Ethics Committee of HUGG/UNIRIO and adhered to the ethical and legal aspects of Resolution 466/2012. Fourteen women were interviewed, meeting the following inclusion criteria: HIV diagnosis during pregnancy, varying gestational ages, regardless of the number of pregnancies and chronological age, and receiving prenatal care at the institution where the study was conducted. The obstetric, social, economic, and cultural profile of women with HIV-positive serology during pregnancy was constructed. Additionally, the spirituality and religiosity of pregnant women with an HIV diagnosis were analyzed. From the thematic analysis of the interviews, the analytical category "The influence of religiosity and spirituality on women diagnosed with HIV during pregnancy in their pursuit of self-care" emerged. The influence of religiosity and spirituality on women diagnosed with HIV during pregnancy is a relevant topic. The application of the Life Narrative Interview technique allowed the participants to narrate their experiences, from the discovery of the diagnosis through treatment during pregnancy and childbirth, the inability to breastfeed, and the expectation of their baby's negative result, all through their religious and spiritual experiences. Spiritual and religious experiences can be both positive and negative in coping with living with HIV. Some women found comfort, support, and strength in their faith, which may contribute to adherence to treatment and the pursuit of appropriate care. On the other hand, others may face conflicts or changes in their religious beliefs during this challenging period. In terms of research, it is expected that the results obtained can help healthcare professionals, especially nurses, to be attentive to these contents in patients' narratives, as they can influence therapeutic aspects such as adherence, social support, and resolution of emotional conflicts. It is concluded that spirituality and/or religiosity can be valuable resources for women with HIV during pregnancy, directly impacting their pursuit of self-care and overall well-being.

Keywords: Obstetric Nursing. Prenatal Care. Women's Health. HIV-Positive Status. Religion. Spirituality.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização socioeconômica das entrevistadas	25
Quadro 2 - Situação obstétrica, diagnóstico e terapia	30
Quadro 3 - Distribuição das participantes por religião declarada	31
Quadro 4 - Participação em atividades religiosas antes e depois do diagnóstico de HIV	32
Quadro 5 - Entrevistadas segundo a Religiosidade Organizacional da escala de DUKE-DUREL: frequência a uma igreja, templo ou outro encontro religioso	33
Quadro 6 - Entrevistadas segundo a Religiosidade Não Organizacional da escala de DUKE-DUREL: frequência de dedicação às atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura de bíblia ou de outros textos religiosos	35
Quadro 7 - Entrevistadas segundo a Religiosidade Intrínseca, questão 1 da escala de DUKE-DUREL: em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo)	36
Quadro 8 - Entrevistadas segundo a Religiosidade Intrínseca, da escala de DUKE-DUREL: as minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver	36
Quadro 9 - Entrevistadas segundo a Religiosidade Intrínseca, questão 3 da escala de DUKE-DUREL: esforço para viver a religião em todos os aspectos da vida	37
Quadro 10 - Unidades Temáticas e Recorrência	40
Quadro 11 - Codificação – Recodificação - Síntese	39

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- AIDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome
- DUKE-DUREL: Escala de religiosidade da Universidade de Duke – Duke Religious Index (DUREL)
- HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana
- MS: Ministério da Saúde
- OMS: Organização Mundial da Saúde
- PN-DST/AIDS: Programa Nacional de DST/AIDS
- SIDA: Síndrome da Imunodeficiência Humana
- SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SISREG: Sistema de Regulação do Município do Rio de Janeiro
- SUS: Sistema Único de Saúde
- UNIRIO: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Objetivos	13
1.1.1 Objetivo geral	13
1.1.2 Objetivos específicos	13
1.2 Justificativa	13
2 BASES TEÓRICAS	16
2.1 Infecção pelo HIV e Gestação	16
2.2 Espiritualidade e Religiosidade	18
3 METODOLOGIA	20
3.1 Tipo de pesquisa	20
3.2 Cenário do Estudo	21
3.3 Participantes da pesquisa	21
3.4 Aspectos éticos legais da pesquisa	22
3.5 Coleta de dados	22
3.6 Procedimento analítico	23
3.7 Saturação dos Dados	23
4 ANÁLISE	25
4.1 Perfil obstétrico, social, econômico e cultural das mulheres com sorologia positiva para o hiv na gestação	25
4.2 Espiritualidade e religiosidade de mulheres grávidas com diagnóstico positivo para HIV	31
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	57
APÊNDICE 01 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE.....	61
APÊNDICE 02 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	63
ANEXO 01 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	69

1 INTRODUÇÃO

Ao longo do Curso de Graduação em Enfermagem, nas atividades de estágios curriculares, em Unidades Básicas de Saúde, tive a oportunidade de cuidar de pacientes com diversas doenças transmissíveis e infecciosas. Nestes contatos observei que a incidência e a transmissão de muitas destas doenças estavam relacionadas às questões sociais e culturais, as quais são alvos de inúmeros estudos e pesquisas sobre saúde pública no Brasil.

Após formada, fui trabalhar, coincidentemente, no campo das doenças infectocontagiosas, que ao longo dos anos de trabalho, confirmaram minha observação acerca das vulnerabilidades dos indivíduos para a contaminação por estas doenças. E, neste sentido, Souza (2020), afirma que as doenças infecciosas e parasitárias têm grande importância para a saúde pública por estarem diretamente associadas à pobreza e a condições de vida inadequadas.

No decurso de minha prática assistencial, após trabalhar por um certo período com esta clientela, fui solicitada a atuar, no campo da saúde da mulher, especificamente, com mulheres gestantes, tanto de risco habitual como também àquelas classificadas com alto risco para a gestação. E neste grupo de gestantes estão incluídas as que apresentam doenças infecciosas e parasitárias como sífilis, toxoplasmose, tuberculose entre outras.

A gestação de Alto Risco é “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada” (BRASIL, 2012).

Neste grupo, estão incluídas as gestantes com sorologia positiva para o vírus da imunodeficiência humana (HIV), que é o causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, do termo em inglês Acquired Immunodeficiency Syndrome (Aids). Uma doença infectocontagiosa que não possui o mesmo perfil social e cultural da maioria das doenças desta classe.

Segundo Nogueira (2019), inicialmente, a Aids era reportada como uma doença de homossexuais, de classe média, de pessoas brancas e que haviam viajado para o exterior, principalmente Estados Unidos da América. E, neste contexto, não se mostrava a realidade do público tradicionalmente objeto de pesquisa sobre saúde pública no Brasil, a AIDS não se enquadrava nas enfermidades agravadas ou causadas pela pobreza descritas nas análises dos especialistas em saúde pública brasileiros (GALVÃO, 2000).

Dessa forma, a infecção pelo HIV tornou-se um grave problema de saúde pública com importantes repercussões psicossociais (NOGUEIRA, 2019).

Com a expansão da Aids, em 1985, e a crescente pressão da sociedade, Estados e municípios, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu o Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS), o qual teve seu sucesso reconhecido mundialmente e a partir deste momento diversas outras medidas de controle e tratamento da doença foram tomadas.

Dentre estas, a notificação compulsória da Aids, a partir de 1986, que contribuiu para identificar e analisar o perfil de morbidade para tomada de decisões na melhoria da atenção e assistência prestada. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal, em 1988, que reconhece a saúde como direito social e dever do Estado e a Lei Orgânica de Saúde nº 8080/90 que determina os princípios de universalidade, integralidade, equidade firmados na própria constituição foram importantíssimos para o controle da epidemia.

Em 1998, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs a inclusão da dimensão espiritual e crenças pessoais no conceito multidisciplinar de saúde, articulando-o aos aspectos físicos, psíquicos e sociais.

Segundo, Ballarin et al. (2016), o cuidado deve pautar-se no desenvolvimento e na compreensão do ser humano em sua totalidade, sendo necessário considerar todas as dimensões que o constituem, incluindo a espiritualidade e a religiosidade.

Sendo a espiritualidade uma dimensão humana, promove um quadro de interpretação da realidade, de suas vivências e de suas experiências (FRANÇA et al. 2020).

Nesse contexto, França et al. (2020) afirma que em relação as pessoas que vivem com HIV, a espiritualidade possui importância ao alicerçar um encontro de sentido da vida e de razão para lutar pela vida após o diagnóstico. E, a religião pode colaborar na ressignificação dos estigmas relacionados à doença e à morte (SILVA et al. 2020).

Nesse sentido, o cuidado às pessoas que vivem com HIV, está inserido no 3º Objetivo de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 da ONU – Saúde e bem-estar para garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.

Assim como, faz parte da Agenda de Prioridades de Pesquisas do Ministério da Saúde, no seu 6º Eixo temático item 6.16 – Análise dos comportamentos, atitudes e práticas em relação aos riscos e vulnerabilidades para o HIV na população jovem.

Em minha práxis, atuando em um serviço de atendimento de pré-natal que assiste a demandas variadas, me chamou atenção o número de mulheres que obtém o diagnóstico de HIV durante o período gestacional e como esse diagnóstico produz um impacto na vida da mulher. Grande parte delas enfrentam diversas dificuldades após a revelação da soropositividade, que muitas vezes ultrapassam a não aceitação do diagnóstico, envolvem relações conjugais, familiares, sociais, conceitos culturais e religiosos, além do estigma da

doença, o medo da morte e da transmissão para o feto.

As inquietações geradas em minha trajetória profissional não foram poucas e levaram-me às seguintes questões norteadoras da pesquisa:

- ✓ Qual o perfil obstétrico, social, econômico e cultural das mulheres com sorologia positiva para o HIV na gestação?
- ✓ Quais os fatores impactantes na vida das mulheres diagnosticadas com HIV durante o período gestacional?
- ✓ Qual a influência da religiosidade e da espiritualidade de mulheres com diagnóstico positivo para o HIV no período gestacional na busca do autocuidado, a partir de sua narrativa de vida?

Tem como objeto de estudo delineado: “Espiritualidade e religiosidade no contexto da saúde de mulheres com diagnóstico positivo para o HIV no período gestacional”.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Analisar a religiosidade e espiritualidade de mulheres com diagnóstico positivo para o HIV no período gestacional, na busca do autocuidado, a partir das suas narrativas de vidas.

1.1.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil obstétrico, social, econômico e cultural das mulheres com sorologia positiva para o HIV na gestação.
- Identificar os fatores impactantes na vida das mulheres diagnosticadas com HIV durante o período gestacional.

1.2 Justificativa

A gestação é um evento de grande importância na vida da mulher, que envolve muitas modificações e cuidados diversos. É um fenômeno fisiológico e deve ser visto pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças

dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional. Entretanto, trata-se de uma situação limítrofe que pode implicar riscos tanto para a mãe quanto para o feto e há um determinado número de gestantes que, por características particulares, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável, são as chamadas “gestantes de alto risco” (BRASIL, 2012).

A infecção pelo HIV gera grande impacto psicossocial aos indivíduos que convivem com o vírus. Ao longo dos anos, as pessoas infectadas pelo HIV e seus familiares, além de sofrerem com as dificuldades relacionadas à infecção em si, são objeto de estigma, discriminação e preconceito, afetando seus relacionamentos e impedindo a conversa sobre o HIV (RENESTO et al. 2014).

Nogueira (2019), refere que o estigma em torno da Aids possivelmente está relacionado à sua estreita associação com a morte e, principalmente, com o sexo e, neste contexto, tanto o paciente como seus parentes sofrem com este processo de exclusão. Já Silva et al. (2020), ressalta o tema da culpa e pecado, destacando que são sentimentos provenientes da discriminação moral que envolve a doença, principalmente devido ao fato de ser uma infecção sexualmente transmissível. E Nogueira (2019) complementa que o HIV se tornou o vírus de uma doença moralista, em que os infectados eram e ainda são excluídos, carregam preconceitos e discriminações que ainda fazem parte das representações sobre a síndrome e da sua construção social. Assim, a vivência da doença é influenciada pela representação desta para o sujeito e através desta representação, se confere significado a doença e se pode buscar sentido para a vida (GOMES et al, 2016). Nesse sentido, instiga a pensar sobre as práticas e estratégias de mulheres gestantes com diagnóstico positivo para o HIV, para o enfrentamento de seus problemas cotidianos, e como a espiritualidade e religiosidade estão interligadas neste processo de busca para o autocuidado.

Considerando a proposta do estudo em analisar a espiritualidade e religiosidade no contexto da saúde de mulheres com diagnóstico positivo para o HIV no período gestacional, a partir de sua história de vida, esta pesquisa se justifica para a compreensão de como espiritualidade e religiosidade atuam na vida destas mulheres para a promoção do autocuidado. Assim como, produzir conteúdo científico a respeito do tema e aumentar o interesse na temática para possibilitar intervenções com ações mais voltadas a esta clientela no âmbito da espiritualidade e religiosidade.

O estudo contribuirá significativamente para a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão, oferecendo subsídios para melhorar as condições e a qualidade da assistência prestada às mulheres com diagnóstico positivo para o HIV no período de acompanhamento da gestação. Na assistência, a pesquisa auxiliará os profissionais, possibilitando o entendimento

da importância da espiritualidade e religiosidade para a mulher e assim facilitar a interação entre o profissional e a paciente na construção do autocuidado. No ensino, contribuirá para a realização de práticas pedagógicas mais adaptadas à temática, que ajudem a realização de acompanhamento à saúde da gestante de forma mais efetiva. Deste modo, a pesquisa fortalecerá a linha estudada, estimulando outros profissionais a realizar trabalhos sobre o tema e auxiliará na produção de conhecimento na área de saúde da mulher gestante e portadora de HIV, permitindo uma prática mais abrangente e reflexiva para a graduação e pós-graduação.

2 BASES TEÓRICAS

2.1 Infecção pelo HIV e Gestação

No início da década de 1980 foi descrito nos Estados Unidos, os primeiros casos de uma doença que posteriormente seria conhecida como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e na mesma década foi descoberto que era causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (BANDEIRA, 2014).

Segundo Monteiro (2021), a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), chegou ao Brasil, em meados da década de 1980, trazendo consigo uma doença desconhecida com rápida disseminação e agravamento. No início, o HIV/Aids era chamado doença dos 5H pois acreditava-se que afetavam os considerados na época “grupos de risco”, que eram os homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroínômanos (usuários de heroína injetável) e hookers (profissionais do sexo em inglês).

Conforme Gomes, Silva e Oliveira (2021), o uso dessa expressão marcaria a construção histórica, cultural, imaginária e social da Aids. Posteriormente, a epidemia foi associada, ainda, a “comportamento de risco”. Esse modelo foi fortemente criticado por culpabilizar o indivíduo por ter falhado nos esforços de prevenção e/ou proteção. Tal conceito foi substituído pelo de vulnerabilidade, pois a chance de exposição das pessoas ao HIV e ao adoecimento, daí decorrente, não é resultante de um conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais.

Associada a síndrome, existe ainda, a chamada “morte civil”, conceito utilizado para descrever a discriminação presente no contexto do HIV/Aids, que aponta a morte civil como o pior tipo de morte, pois instaura um processo de morte/morrer ainda em vida e obriga as pessoas com aids a viver de forma clandestina, exilados em seu próprio corpo físico (NOGUEIRA, 2019).

A atitude preconceituosa da sociedade, imposta às pessoas soropositivas, as prejudicam substancialmente, causando-lhes sérios transtornos, como o isolamento social, a perda da vontade de viver e, conseqüentemente, de buscarem estímulos para o tratamento. Os atos preconceituosos originam, ainda, processos relacionados à diminuição da autoestima e à dificuldade de desenvolver relacionamento afetivo (GOMES, SILVA E OLIVEIRA, 2021).

Segundo o mesmo autor, considerando as profundas desigualdades da sociedade brasileira e a propagação da infecção pelo HIV no país, a Aids se revela epidemia de múltiplas dimensões que vem, ao longo do tempo, sofrendo transformações significativas em seu perfil epidemiológico, sendo hoje marcada pela sua feminização, heterossexualização, interiorização, envelhecimento, baixa escolarização e pauperização. No entanto, o avanço referente ao tratamento, se observou significativa melhora na qualidade de vida das pessoas que vivem com o HIV. Com isso, a AIDS passa a ter característica de doença crônica.

O Boletim Epidemiológico de HIV/Aids 2020, informa que de 2007 até junho de 2020, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 342.459 casos de infecção pelo HIV no Brasil. No ano de 2019, foram notificados 41.919 casos de infecção pelo HIV, sendo 4.948 (11,8%) casos na região Norte, 10.752 (25,6%) no Nordeste, 14.778, (35,3%) no Sudeste, 7.639 (18,2%) no Sul e 3.802 (9,1%) no Centro-Oeste. Nesse período, foi notificado no Sinan um total de 237.551 (69,4%) casos em homens e 104.824 (30,6%) casos em mulheres. A razão de sexos para o ano de 2019 foi de 2,6 (M:F), ou seja, 26 homens para cada dez mulheres.

No Brasil, no período de 2000 até junho de 2020, foram notificadas 134.328 gestantes infectadas com HIV. Verificou-se que 37,7% das gestantes eram residentes da região Sudeste, seguida pelas regiões Sul (29,7%), Nordeste (18,1%), Norte (8,6%) e Centro-Oeste (5,8%). No ano de 2019, foram identificadas 8.312 gestantes infectadas com HIV no Brasil, sendo 32,8% no Sudeste, 26,6% no Sul, 22,0% no Nordeste, 12,5% no Norte e 6,0% no Centro-Oeste. Em um período de dez anos, houve um aumento de 21,7% na taxa de detecção de HIV em gestantes: em 2009, registraram-se 2,3 casos/mil nascidos vivos e, em 2019, essa taxa passou para 2,8/mil nascidos vivos. Esse aumento pode ser explicado, em parte, pela ampliação do diagnóstico no pré-natal e a melhoria da vigilância na prevenção da transmissão vertical do HIV (M.S. 2020).

Nesse sentido, Fernandes et. al (2017), afirma que um objetivo importante da assistência pré-natal de alto risco é prevenir e tratar complicações ao longo da gravidez, como a infecção pelo HIV. E que, realizar o teste anti-HIV nem sempre é uma escolha fácil, pois esse teste leva a diversos sentimentos como medo e preocupação com o possível resultado positivo, além de desencadear o medo do preconceito e da discriminação social.

Dessa maneira, as gestantes soropositivas para o HIV necessitam de atenção especial e assistência diferenciada, por estarem passando uma fase singular da vida, que requer apoio emocional, para o enfrentamento dos desafios desencadeados a partir do diagnóstico (FERNANDES et. al, 2017).

2.2 Espiritualidade e Religiosidade

De acordo com Silva e Silva (2014), a arqueologia, a paleontologia, a antropologia, confirmam a presença da religião, nos mais remotos da vida inteligente e tentam entender o comportamento humano, a partir de vestígios da cultura pré-histórica. Este mesmo autor, afirma que o homem primitivo, em sua estrutura psicológica, apresenta uma fé viva na natureza e em suas relações com o mundo. E, na sua história evolutiva, observa-se demonstrações de crenças evidenciadas através de livros sagrados.

Segundo Prado et al (2019), a religião é descrita como a ligação entre o homem e o sagrado através de uma norma organizacional de crenças, rituais e práticas, repletas de dogmas, mandamentos e doutrinas. Enquanto a religiosidade por sua vez é entendida como uma forma de expressar essa religião. Já a espiritualidade, faz referência a crença num ser superior, podendo esta crença estar ou não associada à religiosidade e conseqüentemente à religião.

Gomes (2021), explica que a religião se caracteriza por ser um sistema de crenças e rituais que ainda estão na base de construção de um senso de significado comum e compartilhado acerca da realidade, considerada como sagrada e sobrenatural. Afirma, ainda, que a religiosidade pode ser compreendida como a adesão a uma determinada religião, e a espiritualidade, a relação entre uma pessoa e o ser ou forças superiores, apontando um sentido e um significado para a vida, na maioria das vezes com tendência a um caráter transcendente.

Sbizera e Dendasck (2018), afirma que os benefícios da religiosidade para o ser humano são o bem-estar e o estímulo de suas virtudes, como: a honradez, a prudência, a temperança, a confiança e a honestidade; que podem gerar solidariedade nas relações sociais e atitudes éticas. A busca pela adoção de princípios religiosos e a sua vivência proporciona o desfrute de sentimentos benéficos e o estabelecimento de relações mais saudáveis entre as pessoas.

A espiritualidade é intrínseca ao ser humano, que busca significar e dar sentido a sua existência e que cogita a possibilidade de conhecimento pessoal, de existência de uma verdade universal ou de uma potência superior que possa lhe trazer sensação de bem-estar com o mundo e de completude, isto é, de unidade com a natureza e com o universo (SBIZERA; DENDASCK, 2018).

Nesse contexto, Gomes (2021) afirma que desde os tempos imemoriais, a religião e a religiosidade são registradas como uma importante construção humana, uma instância de

construção social e fonte de sentido diante dos absurdos, como o adoecimento e a morte.

Prado et al (2019), afirma que o homem tem deixado inúmeros registros históricos e arqueológicos da relação entre suas concepções religiosas e a prática no processo saúde-doença.

Segundo Abdala et al (2017), o Brasil é um país de raiz colonizadora religiosa que marcou profundamente a organização do Estado e, em particular, a organização da assistência à saúde. Essa raiz tem influenciado o direcionamento dado à Política de Promoção da Saúde, que prevê a integralidade na promoção da saúde, remetendo a atenção para as histórias e condições de vida de cada usuário, respeitando a singularidade/ do sujeito nos contextos social, econômico, político e cultural. Nesse âmbito, a religião e a espiritualidade passam a ser contempladas como dimensão essencial para o cuidado em saúde.

De acordo com Jurado et al (2019), a religiosidade/espiritualidade tem demonstrado potencial impacto sobre a saúde física e mental, atuando com possível fator preventivo de doenças da população sadia, além de maior sobrevida e menor tempo de internação em pacientes hospitalizados.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de abordagem quantiqualitativa. Segundo Gil (2019), a pesquisa descritiva tem por objetivo a descrição das características de uma população, fenômeno ou experiência. Pretende descrever e narrar o que acontece de forma a conhecer a natureza, a composição e os processos que constituem e configuram o fenômeno em estudo (LAKATOS, 2006).

Minayo (2014) afirma que a pesquisa qualitativa utiliza um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Na abordagem quantitativa se utilizou a escala de religiosidade da Universidade de Duke – Duke Religious Index (DUREL), que mensura a influência da religiosidade no viver das entrevistadas. É uma escala composta por cinco itens, desenvolvida por Koenig, Parkerson Jr. e Meador (1997) e Koenig e Büssing (2010), que mensura três dimensões do envolvimento religioso relacionadas a desfechos em saúde.

A religiosidade organizacional que mede a frequência de participação em encontros religiosos (missas, cultos, cerimônias, grupos de estudos ou de oração etc.); a religiosidade não organizacional mede a frequência de atividades religiosas privadas (orações, meditação, leitura de textos religiosos, ouvir ou assistir programas religiosos na TV ou rádio etc.); e a religiosidade intrínseca mede a busca de internalização e vivência plena da religiosidade como principal objetivo do indivíduo (TAUNAY et al., 2012; NOGUEIRA, 2019).

Na abordagem qualitativa, utilizou para coleta de dados a Narrativa de Vida, que busca conhecer as informações extraídas da vida pessoal de um ou de vários participantes, fornecendo uma riqueza de detalhes sobre o assunto. O sujeito, com a ajuda de um roteiro de perguntas, fornece livremente as informações sobre uma experiência pessoal em relação ao que está sendo indagado pelo entrevistador. Desta forma, se pode conhecer a história ou relato de vida através da ótica de quem vivenciou o fato. Nesse caso, o pesquisador não confirma a autenticidade dos fatos, pois o importante é o ponto de vista de quem está narrando (BERTAUX, 2010).

A Narrativa de Vida, segundo Bertaux (2010), pode construir um instrumento importante de extração de saberes práticos, com a condição de orientar para a descrição das experiências vividas pessoalmente e dos contextos nos quais elas se inserem.

Destaca-se por ser: “uma narrativa completa, agradável, de toda experiência de vida como um todo, focalizando os mais importantes aspectos. Cada história de vida contém uma visão de mundo pessoal, uma filosofia pessoal e sistema de valores pessoais” (SANTOS, 2008, p. 48).

3.2 Cenário do Estudo

A pesquisa foi realizada no ambulatório do serviço de obstetrícia de um hospital universitário federal situado na Região Metropolitana I do estado do Rio de Janeiro, e integrado ao SUS, o hospital presta serviços de atenção básica e assistência médico-hospitalar de média e alta complexidade. É uma instituição pública, de assistência especializada com referência em HIV, está organizada em ambulatórios específicos, e dentre estes está o ambulatório de atendimento pré-natal (TAVARES et al, 2020).

O Serviço de obstetrícia presta assistência, prioritariamente, as mulheres com alto risco para a gestação. Atende gestantes provenientes dos ambulatórios da própria instituição e principalmente as referenciadas pelo Sistema de regulação do município do Rio de Janeiro (SISREG). Acolhe, ainda, gestantes advindas de outras localidades do Estado, por ser um hospital escola.

3.3 Participantes da pesquisa

Para a realização deste estudo, as participantes elegíveis foram mulheres acima de 18 anos que obtiveram o diagnóstico do HIV no período gestacional, com idades gestacionais variadas, independentemente do número de gestação e idade cronológica, que realizam pré-natal na instituição, cenário do estudo.

Foram excluídas do estudo, as legalmente incapazes, portadores de deficiência auditiva e/ou visual ou doenças que comprometam a capacidade de compreensão.

3.4 Aspectos éticos legais da pesquisa

A pesquisa atendeu às exigências éticas relativas ao consentimento das participantes e da instituição na qual foi realizado o estudo.

A aceitação das participantes foi efetivada com a leitura e assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), para garantir a observação dos princípios éticos de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

O estudo foi aprovado pelo CEP/HUGG (Comitê de Ética e Pesquisa/ Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – Unirio/ Ebserh) e emitido parecer nº 5.672.878

Para garantir o anonimato, todas as mulheres participantes foram identificadas com a letra E, sendo numeradas de acordo com a ordem cronológica em que ocorreram as entrevistas (E1, E2...).

3.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada nas próprias dependências do ambulatório da instituição. As participantes foram captadas durante o período de espera para as consultas de pré-natal mensais de rotina. Foi feita a análise nos prontuários para identificação do perfil apontado para o estudo.

Neste sentido, foi apresentada a pesquisa à gestante, solicitada a sua participação no estudo e entregue o TCLE para a assinatura (Apêndice 1). A realização das entrevistas se deu em três etapas, em local e horário acordado com a participante, conforme a seguir:

1ª etapa: Questionário socioeconômico e cultural de caracterização das participantes (Apêndice 2);

2ª etapa: Escala de religiosidade da Universidade de Duke – Duke Religious Index (DUREL) (Apêndice 3),

3ª etapa: Entrevista aberta que para Bertaux (2010, p.20) deve ser uma combinação de escuta atenta e questionamento por que o sujeito não relata simplesmente a sua vida, ele reflete sobre a mesma enquanto conta.

A entrevista teve como pergunta norteadora: **“Fale sobre sua vida que tenha relação com a sua religiosidade e espiritualidade e o diagnóstico de HIV na gestação”**.

As entrevistas foram gravadas, mediante autorização das participantes, com o objetivo de registrar o conteúdo na íntegra, e posteriormente serem transcritas e submetidas ao processo de análise temática. Como a entrevista foi presencial, existia a possibilidade de exposição a COVID-19, a fim de minimizar os riscos em relação a transmissão foi seguida a portaria nº 1565/20 (MS, Brasil), que propõe ações de prevenção, controle e mitigação da transmissão da COVID-19, tais como o uso de máscaras, higienização do ambiente e mãos com álcool em gel a 70% e manutenção de distanciamento de 1 metro entre o entrevistador e a entrevistada.

3.6 Procedimento analítico

Para cada etapa da coleta foi realizado o tratamento dos dados. Desta forma, a caracterização socioeconômica e cultural de caracterização das participantes foi análise estatística descritiva através das frequências simples.

Na escala de religiosidade DUKE-DUREL, as entrevistadas marcaram uma resposta para cada item referente às frequências de práticas de atividades religiosas organizacionais e não organizacionais; e uma resposta para cada item da religiosidade intrínseca. As pontuações das dimensões foram analisadas separadamente. Os seus escores não podem ser somados (TAUNAY et al., 2012; NOGUEIRA, 2019).

Para a questão aberta da narrativa de vida foi realizada análise temática, após a leitura atenta, repetida e exaustiva de cada entrevista transcrita. “A análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (MINAYO, 2014). Com a identificação das unidades temáticas foram construídas as categorias analíticas.

3.7 Saturação dos Dados

A saturação dos dados foi alcançada quando as entrevistas começaram a apresentar temas e padrões recorrentes, sem o surgimento de novas informações relevantes para os objetivos da pesquisa. Após a décima quarta entrevista, observou-se que os dados coletados já permitiam uma compreensão ampla e consistente das principais categorias analíticas, como a relação entre religiosidade, espiritualidade e o autocuidado de mulheres grávidas diagnosticadas com HIV. A partir deste ponto, foi possível identificar que novas entrevistas

não trariam informações adicionais significativas, indicando que a coleta de dados poderia ser encerrada. Dessa forma, a saturação foi utilizada como critério para determinar o encerramento da fase de coleta, garantindo a profundidade e abrangência dos achados e sua representatividade no contexto estudado.

4 ANÁLISE

4.1 Perfil obstétrico, social, econômico e cultural das mulheres com sorologia positiva para o hiv na gestação

Ao todo foram entrevistadas 14 mulheres que tiveram diagnóstico de HIV na gestação, que atenderam aos critérios de inclusão: o diagnóstico de HIV no período gestacional, idades gestacionais variadas, independentemente do número de gestação e idade cronológica, que realizam pré-natal na instituição, cenário do estudo.

Para facilitar a compreensão do leitor, os dados referentes à caracterização das participantes da pesquisa foram: idade, cor da pele, escolaridade, profissão, atuação profissional atual, situação de trabalho, renda, estado conjugal e marital atual, situação de moradia, situação obstétrica, diagnóstico e terapia.

Desta forma, os dados socioeconômicos foram organizados no Quadro 1; já a situação obstétrica, diagnóstica e terapêutica no Quadro 2, ambos apresentados a seguir:

Quadro 1 - Caracterização socioeconômica das entrevistadas

Entrevista	Idade	Cor	Escolaridade	Profissão	Atuação profissional atual	Situação no trabalho	Renda	Situação conjugal e marital atual	Situação de moradia
E1	20	Branca	EM Completo	Balconista	Balconista	Licença Médica	Entre 1 e 2 salários mínimos	Vive com o companheiro em união estável	Mora com o parceiro
E2	29	Branca	EM Completo	Operadora de caixa	Operadora de caixa de estacionamento	Trabalho formal	Entre 1 e 2 salários mínimos	Vive com o companheiro em união estável	Mora com o parceiro
E3	34	Parda	2º Segmento EF	Auxiliar de produção	Do lar	Desempregada	Entre 1 e 2 salários mínimos	Solteira/ Não possui companheiro ou namorado	Mora sozinha

E4	25	Preta	EM Completo	Auxiliar de cozinha	Auxiliar de cozinha	Trabalho formal	Entre 1 e 2 salários mínimos	Vive com o companheiro em união estável	Mora com a família e o parceiro
E5	26	Preta	EM Completo	Auxiliar de Serviços gerais	Auxiliar de Serviços gerais	Trabalho formal	Entre 1 e 2 salários mínimos	Vive com o companheiro em união estável	Mora com o parceiro
E6	29	Preta	2º Segmento EF	Empregada doméstica	Do lar	Desempregada	Auxílio Brasil	Casada	Mora com o parceiro
E7	26	Preta	EM Incompleto	Do lar	Do lar	Desempregada	Auxílio Brasil	Solteira/ Não possui companheiro ou namorado	Mora sozinha
E8	28	Preta	EM Incompleto	Cabeleireira	Do lar	Desempregada	Auxílio Brasil	Solteira/ Não possui companheiro ou namorado	Mora sozinha
E9	33	Parda	EM Completo	Corretora de imóveis	Corretora de imóveis	Trabalho informal	Entre 1 e 2 salários mínimos	Casada	Mora sozinha
E10	19	Branca	EM Incompleto	Cozinheira	Do lar	Desempregada	Auxílio Brasil	Vive com o companheiro em união estável	Mora com o parceiro
E11	20	Parda	EM Completo	Do lar	Do lar	Desempregada	Nenhuma + Bolsa família	Possui companheiro (a)/ Namorado (a) fixo(a), mas não vive com ele(a)	Mora com a família
E12	27	Branca	EF Completo	Manicure	Do lar	Desempregada	Auxílio Brasil	Vive com o companheiro em união estável	Mora com o parceiro

E13	28	Parda	ES Incompleto	Tec Enfermag em e cuidadora	Cuidadora infantil	Trabalho informal	Auxílio Brasil	Solteira/ Não possui companheiro ou namorado	Mora sozinha
E14	27	Parda	EM Completo	Auxiliar de Serviçosgerais	Auxiliar de Serviçosgerais	Trabalho formal	Entre 1 e 2 salários mínimos	Vive com o companheiro em união estável	Mora com a família e o parceiro

Fonte: A autora (2024).

A análise do Quadro 1, com relação à caracterização socioeconômica das entrevistas, os dados mostram que o perfil das mulheres com sorologia positiva para o HIV durante a gestação revela uma condição de vulnerabilidade socioeconômica com desafios significativos no acesso a recursos e suporte adequados. Estudos futuros deveriam explorar mais profundamente o impacto da espiritualidade no autocuidado desta população para melhor subsidiar políticas públicas e programas de apoio.

As entrevistadas apresentam uma faixa etária que varia entre 19 e 34 anos, com predominância de mulheres jovens. A maioria possui ensino médio completo ou incompleto, indicando um nível de escolaridade intermediário. Em termos raciais, observa-se uma diversidade, com representação tanto de mulheres brancas quanto pardas e pretas. A condição profissional varia bastante, incluindo ocupações formais e informais, e um número significativo de desempregadas, muitas das quais dependem de programas de assistência social como o Auxílio Brasil.

A condição de soropositividade para o HIV durante a gestação implica diversos desafios adicionais. A situação econômica dessas mulheres, frequentemente marcada por renda de até dois salários mínimos e instabilidade laboral, complica ainda mais o cenário. A dependência de auxílios financeiros governamentais e a presença de desemprego ressaltam a vulnerabilidade econômica que pode afetar o acesso a serviços de saúde de qualidade e a adesão ao tratamento.

Quadro 2 - Situação obstétrica, diagnóstico e terapia

	Situação Obstétrica			NF	SF	GD	IGD	ARV	IGT	MT	OS	AI
	Gesta	Para	Aborto									
E1	1	0	0	0	-	1 - atual	6	Sim	10	Não	Hetero	Internet, Redes sociais e Serviços de saúde
E2	1	1	0	1	Em investigação	1 - atual	11	Sim	11	Não	Hetero	Televisão, Redes Sociais e Serviços de Saúde
E3	4	5	0	5	Em investigação	4 - atual	14	Sim	16	Não	Hetero	Televisão, Sites e Redes Sociais
E4	4	3	0	3	Negativo	4 - atual	12	Sim	12	Não	Hetero	Escola, Conversa no cotidiano e Televisão
E5	3	0	2	0	-	1	8	Sim	8	Não	Hetero	Hospital
E6	5	3	1	3	Negativo	3	37	Sim	37	Sim	Hetero	Sites, Escola e conversas no cotidiano
E7	4	2	1	2	Negativos	2	4	Sim	Não sabe informar	Não	Hetero	Sites, Redes Sociais e Redes Sociais
E8	2	1	0	1	Negativo	2- atual	4	Sim	12	Não	Hetero	Televisão, Sites e Serviços de saúde
E9	5	4	0	4	Negativos	5 - atual	7	Sim	9	Não	Hetero	Sites, Redes sociais e Clínica da família
E10	2	1	1	1	Positiva	1	28	Sim	28	Sim	Hetero	Parceiro, Serviços de saúde e televisão
E11	1	0	0	0	-	1 - atual	27	Sim	27	Não	Hetero	Televisão, Família e Redes sociais

E12	5	4	0	4	Negativos	5- atual	10	Sim	11	Não	Hetero	Sites, Serviços de saúde e televisão
E13	2	0	1	0	-	2- atual	12	Sim	12	Sim	Hetero	Televisão, Sites e Livros científicos
E14	4	2	1	2	Negativos	2	9	Não	12	Não	Hetero	Sites, Serviços de saúde

Legenda

NF – Número de filhos	SF – Sorologia dos filhos	GD – Qual gestação obteve o diagnóstico
IGD – Idade gestacional no diagnóstico	ARV – Uso de antirretroviral	IGT – Idade gestacional no início do tratamento
MT – Mudança terapêutica	OS – Orientação sexual	AI – Acesso à informação sobre o HIV

Fonte: A autora (2024)

Ao analisar o Quadro 2, os dados apresentados mostram a situação obstétrica e os aspectos do diagnóstico e terapia para mulheres com sorologia positiva para HIV durante a gestação. Observa-se uma variação considerável no número de gestações e filhos entre as entrevistadas. A maioria foi diagnosticada com HIV durante a gestação atual, indicando a importância da testagem rotineira durante o pré-natal para a detecção precoce. A idade gestacional no diagnóstico varia, mas a maioria começou o tratamento com antirretrovirais (ARV) logo após o diagnóstico, o que é crucial para a saúde da mãe e para a prevenção da transmissão vertical do HIV para o feto.

O uso de ARVs é quase universal entre as entrevistadas, refletindo a adesão ao protocolo padrão para gestantes soropositivas. Este tratamento é essencial para reduzir a carga viral e o risco de transmissão do HIV para o bebê. As mudanças terapêuticas, indicadas em alguns casos, podem estar relacionadas a adaptações necessárias devido a efeitos colaterais ou ineficácia do regime inicial, mostrando a complexidade do manejo da terapia antirretroviral durante a gravidez.

O acesso à informação sobre o HIV é variado, envolvendo fontes como internet, redes sociais, serviços de saúde, televisão, entre outros. Essa diversidade de fontes sugere que, enquanto algumas mulheres podem estar recebendo informações atualizadas e baseadas em evidências, outras podem estar expostas a informações menos confiáveis ou desatualizadas. A qualidade e a confiabilidade das informações acessadas são críticas para a compreensão e o manejo adequado da saúde por parte das gestantes soropositivas.

A análise da situação obstétrica e terapêutica das mulheres com HIV na gestação destaca a eficácia do diagnóstico precoce e da intervenção antirretroviral, essenciais para a saúde materna e infantil. O acesso à informação variado ressalta a necessidade de garantir que todas as mulheres soropositivas recebam informações precisas e de alta qualidade sobre o HIV e sua gestão durante a gravidez. A integração de serviços de saúde que proporcionem tanto o tratamento quanto a educação sobre o HIV pode melhorar significativamente os resultados para essas mulheres e seus filhos.

4.2 Espiritualidade e religiosidade de mulheres grávidas com diagnóstico positivo para o HIV

Para apresentar os dados acerca da espiritualidade/religião das participantes, foi elaborado o Quadro 3 que demonstra que houve uma predominância de entrevistadas que se declaram de matriz evangélica 10 (71,4%), destas 6 da Assembleia de Deus, 2 (14,3%) sem denominação, 1 (7,15%) Batista e 1 (7,15%) da Universal do Reino de Deus. Duas (14,3%) declaram-se católicas, e 2 (14,3%) referiram não ter religião, mas acreditam em Deus. Não houve participante que declarasse ser Kardecista, umbandista e candomblecista.

Quadro 3 - Distribuição das participantes por religião declarada

Entrevistadas	Sem religião e acredita em Deus	Católica	Evangélica - Denominação
E1			Batista
E2			Sem denominação
E3			Assembleia de Deus
E4	X		
E5		X	
E6			Assembleia de Deus
E7			Universal do Reino de Deus
E8			Assembleia de Deus
E9			Assembleia de Deus
E10			Assembleia de Deus
E11	X		
E12		X	
E13			Sem denominação
E14			Assembleia de Deus

Fonte: A autora (2024).

Compreendeu-se que a religião é uma dimensão importante na vida das mulheres com HIV durante a gestação, atuando como um recurso de apoio que pode influenciar de maneira significativa a maneira como elas enfrentam a doença e gerenciam sua saúde e bem-estar. É crucial que os serviços de saúde reconheçam a importância da religião no contexto da gestação em mulheres soropositivas e trabalhem para integrar esse aspecto de forma eficaz e respeitosa no planejamento e execução de cuidados de saúde.

Entrevistada	Mais do que uma vez por semana		Uma vez por semana		Duas a três vezes por mês		Algumas vezes por ano		Uma vez por ano ou menos		Não	
	antes	depois	antes	depois	antes	depois	antes	depois	antes	depois	antes	depois
E7	X					X						
E8					X			X				
E9		X	X									
E10					X	X						
E11											X	X
E12							X					X
E13		X			X							
E14		X									X	

Fonte: A autora (2024).

O intuito de verificar este dado foi o de investigar se a descoberta diagnóstica interfere no aumento ou diminuição de participação em atividades religiosas. Observa-se que houve uma discreta diminuição, o que mostra que o grupo estudado, representativamente, apresenta boa participação em atividades religiosas.

Das 14 participantes, 2 diminuíram a frequência (E7 e E8) e 1 (E12) deixou de participar. Apenas 1 (E14) entrevistada que não participava de atividade religiosa relatou que passou a frequência de mais de uma vez por semana após o diagnóstico de soropositividade. Com a utilização da escala de religiosidade de DUKE-DUREL pode-se observar a religiosidade organizacional, práticas religiosas individuais, como participação de atividades religiosas em igrejas e outros templos religiosos.

Nesta pesquisa observa-se que a maioria 13 (92,85%) das entrevistadas pratica uma atividade religiosa junto à comunidade ou frequenta o templo religioso ao menos algumas vezes por ano, sendo que dessas, 5 (35,7%) o fazem mais frequentemente. Apenas 1 (7,15%) entrevistada nunca frequenta templo religioso. O Quadro 5 a seguir mostra a síntese das informações.

Quadro 5 - Entrevistadas segundo a Religiosidade Organizacional da escala de DUKE-DUREL: frequência a uma igreja, templo ou outro encontro religioso

Entrevistadas	Mais do que uma vez por semana	Uma vez por semana	Duas a três vezes por mês	Algumas vezes por ano	Uma vez por ano ou menos	Nunca
E1				X		
E2			X			
E3	X					
E4				X		
E5		X				
E6	X					
E7				X		

E8			X			
E9	X					
E10				X		
E11						X
E12				X		
E13			X			
E14	X					

Fonte: A autora (2024).

O envolvimento religioso antes do diagnóstico de HIV pode desempenhar um papel crucial na forma como as mulheres enfrentam os desafios associados à gestação e ao manejo do HIV. O reconhecimento das variações na participação religiosa pode ajudar os profissionais de saúde a adaptar melhor seus serviços de apoio, garantindo que todas as mulheres recebam o cuidado holístico de que necessitam, respeitando suas preferências e crenças individuais. A integração de suporte espiritual e médico é fundamental para abordar as necessidades complexas de mulheres diagnosticadas com HIV durante a gestação.

O Quadro 4 fornece uma visão da frequência com que as entrevistadas participavam de atividades religiosas antes do diagnóstico de HIV durante a gestação. Nota-se uma variabilidade considerável nos padrões de envolvimento religioso:

Um grupo significativo de mulheres participava de atividades religiosas mais do que uma vez por semana, indicando um alto grau de envolvimento com suas respectivas comunidades religiosas.

Outras indicaram uma frequência de participação que varia de uma vez por semana a duas a três vezes por mês, mostrando um comprometimento regular, mas menos intensivo.

Alguns registros mostram uma participação apenas algumas vezes por ano ou até menos, refletindo um envolvimento ocasional com práticas religiosas.

Algumas entrevistadas não participavam de atividades religiosas antes do diagnóstico, o que pode refletir uma falta de vínculo com instituições religiosas ou uma orientação mais secular em suas vidas.

Embora o quadro não forneça dados sobre mudanças na participação religiosa após o diagnóstico, estudos sugerem que eventos de vida significativos, como um diagnóstico de doença crônica, podem alterar a frequência e o tipo de envolvimento religioso (Pargament, 1997). Para algumas pessoas, um diagnóstico de HIV pode intensificar a busca por conforto espiritual e comunidade, enquanto para outras pode ocorrer um distanciamento devido a questões de estigma ou questionamentos espirituais.

A frequência com que as mulheres participavam de atividades religiosas antes do

diagnóstico pode influenciar o tipo de apoio psicossocial que elas recebem durante o período gestacional e após o diagnóstico de HIV. Aqueles que estão fortemente integrados em comunidades religiosas podem encontrar uma rede de apoio pronta, enquanto aqueles com participação esporádica ou nenhuma podem necessitar de mais recursos externos para apoio.

Sobre a religiosidade não organizacional, da escala de DUKE-DUREL, que são as práticas religiosas individuais, como preces, o Quadro 6 mostra que 10 (71,4%) praticam a oração ou leitura da bíblia ao menos uma vez ao dia e destas 5 (35,7%) o fazem mais do que uma vez ao dia, revelando uma alta prática religiosa não organizacional por parte das entrevistadas.

Quadro 6 - Entrevistadas segundo a Religiosidade Não Organizacional da escala de DUKE-DUREL: frequência de dedicação às atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura de bíblia ou de outros textos religiosos

Entrevistadas	Mais do que uma vez ao dia	Diariamente	Duas a três vezes por semana	Uma vez por semana	Poucas vezes no mês	Raramente ou nunca
E1		X				
E2		X				
E3				X		
E4						X
E5		X				
E6		X				
E7		X				
E8	X					
E9	X					
E10					X	
E11	X					
E12					X	
E13	X					
E14	X					

Fonte: A autora (2024).

No Quadro 7, apresenta-se a distribuição das participantes de acordo com a religiosidade intrínseca que 12 (85,7) das participantes sentem a presença da divindade em suas vidas, e que para 2 (14,3%) afirmaram que em geral tem essa é verdade esse sentimento.

Quadro 7 - Entrevistadas segundo a Religiosidade Intrínseca, questão 1 da escala de DUKE-DUREL: em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo)

Entrevistadas	Totalmente verdade para mim	Em geral é verdade	Não estou certo	Em geral não é verdade	Não é verdade
E1	X				
E2	X				
E3	X				
E4		X			
E5	X				
E6	X				
E7	X				
E8	X				
E9	X				
E10		X			
E11	X				
E12	X				
E13	X				
E14	X				

Fonte: A autora (2024).

O Quadro 8 mostra que, para 8 (57,15%) das entrevistadas, as suas crenças religiosas estão por trás de toda sua maneira de viver.

Quadro 8 - Entrevistadas segundo a Religiosidade Intrínseca, da escala de DUKE-DUREL: as minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver

Entrevistadas	Totalmente verdade para mim	Em geral é verdade	Não estou certo	Em geral não é verdade	Não é verdade
E1		X			
E2	X				
E3		X			
E4		X			
E5	X				
E6	X				
E7	X				
E8	X				
E9	X				
E10		X			
E11					X
E12			X		
E13	X				
E14	X				

Fonte: A autora (2024).

O Quadro 9 mostra que, para 8 (57,15%) das entrevistadas, há um grande esforço para viver sua religião em todos os aspectos de sua vida.

Quadro 9 - Entrevistadas segundo a Religiosidade Intrínseca, questão 3 da escala de DUKE-DUREL: esforço para viver a religião em todos os aspectos da vida

Entrevistadas	Totalmente verdade para mim	Em geral é verdade	Não estou certo	Em geral não é verdade	Não é verdade
E1		X			
E2	X				
E3		X			
E4			X		
E5	X				
E6	X				
E7	X				
E8	X				
E9	X				
E10		X			
E11			X		
E12			X		
E13	X				
E14	X				

Fonte: A autora (2024).

Os resultados da escala de religiosidade de DUKE-DUREL mostram que as participantes do estudo possuem uma forte religiosidade como mostrado pela sua alta frequência de práticas religiosas organizacional, não organizacional e intrínseca (nos 3 últimos quadros).

Em função deste resultado, em consonância com os achados de Nogueira (2018), ressalta-se a importância, caso a cliente demonstre interesse, de abordar a religiosidade e a espiritualidade no cuidado em saúde, em especial no pré-natal, para as mulheres HIV positivas.

4.3 Influência da religiosidade e da espiritualidade de mulheres com diagnóstico positivo para o hiv no período gestacional

A elaboração dessa Categoria Analítica foi baseada na questão aberta, da Narrativa de Vida: “Fale sobre sua vida que tenha relação com a sua religiosidade e espiritualidade que tenha relação com o diagnóstico de HIV na gestação. ”

A partir do *corpus* produzido das 14 entrevistas transcritas na íntegra, as unidades

temáticas foram identificadas através da codificação dos principais temas que surgiram das narrativas. A codificação consiste em juntar as falas que mais se aproximam umas das outras nas entrevistas.

Após a formação das unidades temáticas foram agrupadas por assuntos comuns (recodificação), dos quais emergiram as categorias de análise (síntese) que foram analisadas, buscando o referencial teórico que melhor se aplicar aos resultados encontrados conforme recomenda Bertaux (2010), conforme os quadros 10 e 11.

Quadro 10 - Unidades Temáticas e Recorrência

Unidades Temáticas	Recorrência														soma
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	
Apego a espiritualidade (Deus)	X	X	X				X	X		X	X		X	X	9
Apego a religião		X	X				X							X	4
Impacto do diagnóstico	X	X	X	X			X	X				X	X	X	9
Impacto na saúde mental	X	X	X				X	X			X	X		X	
Rede de apoio familiar:															
# Mãe	X	X	X				X							X	5
# Pai			X				X								2
# Irmão ou Irmã		X	X												2
# Tia			X												1
# Parceiro	X														1
# Sem apoio				X	X	X		X	X	X	X	X	X		9
Preocupação com o bebê	X	X	X	X			X	X		X	X	X		X	10
Questionamento à Deus	X		X				X	X						X	5
Doença como um propósito de vida	X		X											X	3
Medo	X		X	X				X				X	X	X	7
Doença como freio pra vida	X														1
Prática Religiosa individual (orações e rezas)	X		X					X			X			X	5
Negação			X												1
Vergonha			X				X					X		X	4
Preconceito e discriminação			X									X		X	3
Julgamento das pessoas	X		X									X		X	4
Impossibilidade de amamentar:															
#Pesar			X	X			X							X	4
#Desculpa			X											X	2
Afastamento da religião		X	X					X				X		X	5
Perda da fé			X												1
Poder da fé		X	X									X	X	X	5
Insegurança									X			X			2
Culpa			X					X				X		X	4
Autocuidado	X		X					X			X	X	X	X	7

Cuidado com outros filhos			X	X				X				X		X	5
Preocupação com a saúde do parceiro			X									X			2
Injustiça															
Aceitação da doença			X								X			X	3
Não aceitação da doença									X						1
Impotência ou inutilidade pessoal														X	1
Falta de coragem			X										X	X	3
Impacto financeiro								X							1
Decepção religiosa														X	1
Aviso			X												1
Gravidez indesejada			X	X											2
Oportunidade de viver				X											1
Fé na cura da doença				X											1
Medo do diagnóstico do filho				X											1
Felicidade com sorologia negativa do filho				X											1
Superação				X											1
Força (ser forte)				X											1
Dificuldade de se relacionar				X											1

Fonte: A autora (2024).

Quadro 11 - Codificação – Recodificação - Síntese

Codificação Unidade Temática	Recodificação Agrupamentos	Síntese Categoria Analítica
Apego a espiritualidade (Deus)	Espiritualidade e Religiosidade	A relação da religiosidade e da espiritualidade de mulheres com diagnóstico positivo para o HIV no período gestacional na busca do autocuidado
Apego a religião		
Questionamento à Deus		
Afastamento da religião		
Decepção religiosa		
Perda da fé		
Poder da fé		
Prática Religiosa individual (orações e rezas)		
Fé na cura da doença		
Impacto do diagnóstico	Impacto do diagnóstico de HIV na gestação	
Impacto financeiro		
Impacto na saúde mental		
Medo		
Negação		
Vergonha		
Falta de coragem		
Impotência ou inutilidade pessoal		
Preconceito e discriminação		
Julgamento das pessoas		
Dificuldade de se relacionar		
Insegurança		

Injustiça		
Aceitação da doença		
Não aceitação da doença		
Doença como um propósito de vida		
Doença como freio pra vida		
Aviso		
Oportunidade de viver		
Superação		
Força (ser forte)		
Rede de apoio familiar		
# Mãe		
# Pai		
# Irmão ou Irmã		
# Tia		
# Parceiro		
# Sem apoio		
Autocuidado		
Preocupação com a saúde do parceiro		
Gravidez indesejada		
Preocupação com o bebê		
Impossibilidade de amamentar		
#Pesar		
#Desculpa		
Cuidado com outros filhos		
Medo do diagnóstico do filho		
Felicidade com sorologia negativa do filho		
	A busca do autocuidado e do cuidado do filho	

Fonte: A autora (2024).

Desta forma emergiu a categoria analítica “A relação da religiosidade e da espiritualidade de mulheres com diagnóstico positivo para o HIV no período gestacional na busca do autocuidado”.

A análise qualitativa busca identificar padrões e temas recorrentes nas narrativas das mulheres com diagnóstico de HIV na gestação, particularmente como suas crenças religiosas e espirituais influenciam a busca pelo autocuidado. Para tanto, exemplifica-se com trechos dos depoimentos que demonstram a espiritualidade/religiosidade das mulheres participantes deste estudo:

Porque eu, eu era da igreja evangélica, mas eu me afastei tem bastante tempo. Só que eu sempre orei, sempre acreditei muito em Deus. E naquele momento eu duvidei muito, né, porque a

gente fica mal. E aí pegou, ele falou isso, me acalmou bastante. Que se ele escolheu a gente pra acontecer isso é porque a gente é forte pra aguentar e tem um propósito. E1

Questão assim da religião, eu me apeguei mais com Deus, porque é difícil, muito mesmo, muito porque sem ele vai ser pior. E2

A espiritualidade e religiosidade parecem ser um recurso crucial que as mulheres utilizam para lidar com o diagnóstico de HIV durante a gestação. As práticas religiosas e a fé proporcionam conforto emocional, guiam as decisões de saúde e fortalecem a resiliência.

As entrevistadas E1 e E2 descrevem como a fé em Deus se intensificou após o diagnóstico, refletindo uma dependência de sua crença para encontrar força e propósito diante da adversidade.

A religiosidade e a espiritualidade são frequentemente associadas a melhores resultados de saúde mental e física em pacientes com doenças crônicas, incluindo o HIV.

Neste contexto, o estudo de Nogueira (2019) analisou as representações sociais de espiritualidade e religiosidade em pessoas com HIV/Aids. Utilizando triangulação teórica e metodológica, investigou a estrutura e o processo de pensamento do grupo. O estudo destacou a importância de entender como os sujeitos pensam sobre espiritualidade e religiosidade.

A fé pode fornecer um sentido de propósito e esperança, crucial para a resiliência emocional. Estudos sugerem que a prática religiosa pode reduzir o estresse e a ansiedade, elementos críticos para mulheres grávidas vivendo com HIV (PERERA; PANDEY; SRIVASTAVA, 2018). Além disso, a fé pode atuar como uma rede de apoio, proporcionando um senso de comunidade e pertencimento, aspectos essenciais para o bem-estar emocional (KOENIG; KING; CARSON, 2012).

O diagnóstico de HIV é um momento significativo que pode alterar a percepção e a prática religiosa das mulheres. Algumas podem se afastar por questionamento e decepção, enquanto outras se apegam ainda mais à sua fé.

A entrevistada E1 expressa dúvidas iniciais sobre a fé após o diagnóstico, mas também relata receber conforto e aceitação através de palavras encorajadoras que reiteram a presença de um propósito divino.

E12 mostram um afastamento inicial da prática religiosa, seguido por um reengajamento como meio de encontrar apoio e alívio.

A resposta religiosa ao diagnóstico de HIV pode variar amplamente. Enquanto algumas mulheres podem experimentar uma crise de fé, questionando sua espiritualidade devido ao sofrimento e estigma associados à doença (DOOLITTLE; JUSTICE; FIELLIN,

2018), outras podem encontrar um renovado senso de propósito e identidade na sua fé. Este processo de reavaliação espiritual pode levar a um aumento na prática religiosa e a um reforço das crenças espirituais, que são vistas como mecanismos de enfrentamento eficazes. O apoio de líderes religiosos e a participação em comunidades de fé podem fornecer conforto e um sentimento de pertencimento, fatores que são especialmente importantes durante a gestação (KOENIG; KING; CARSON, 2012).

As narrativas das mulheres ilustram uma complexa interação entre religiosidade, espiritualidade, e o manejo do HIV na gestação. A fé não apenas oferece suporte emocional e psicológico, mas também orienta as práticas de autocuidado e influencia a maneira como elas lidam com o estigma e os desafios associados ao diagnóstico. Este estudo destaca a importância de abordagens de cuidado que considerem as dimensões espirituais e religiosas no tratamento de gestantes soropositivas, para oferecer um suporte mais holístico e efetivo.

A fé e a prática religiosa funcionam como pilares de resiliência e empoderamento para mulheres diagnosticadas com HIV durante a gestação. Examina-se como a espiritualidade ajuda essas mulheres a encontrar força interior e a superar os desafios impostos pelo diagnóstico e suas consequências, como pode ser observado no depoimento de E7:

Eu tô sendo rsrs tem horas que você quer se entregar pro caminho e tem hora que você não quer. Então eu estou indo para a igreja realmente, mesmo, às vezes o membro igreja vai lá me chama, eu vou. Então eu prefiro ficar no caminho de Deus. Eu prefiro ficar no caminho entendeu. Aí eu vou pra igreja, fico lá pra distrair a mente, fico orando, vou pra vigília e chego só no outro dia, aí fico lá na coisa de oração. E7

A entrevistada E7 expressa um vaivém emocional comum, onde a igreja e as práticas religiosas servem como um refúgio e um meio de encontrar paz e direção, destacando a importância da fé para manter a estabilidade emocional e mental.

Foi muito difícil, mas hoje eu digo que eu consigo aceitar mais o HIV na minha vida, através de Deus, através do Espírito Santo que é onde ele me acalma. Aonde eu sei que eu não estou curada, mas eu creio no poder da fé, no poder da oração, que tudo tem um jeito, pra Deus nada é impossível. E14

E14 relata como sua fé não apenas ajudou a aceitar o diagnóstico, mas também a manter a esperança e a crença na cura e no manejo da doença, enfatizando a força da fé como um recurso crucial de empoderamento e motivação.

A resiliência, definida como a capacidade de se recuperar de dificuldades, é fortalecida pela fé e espiritualidade em muitas mulheres vivendo com HIV. A prática religiosa pode servir como um mecanismo de enfrentamento que oferece um senso de controle e estabilidade

emocional. Pesquisas mostram que a espiritualidade está associada a níveis mais baixos de depressão e maior aceitação do diagnóstico entre pessoas vivendo com HIV (DOOLITTLE; JUSTICE; FIELLIN, 2018).

Além disso, a fé pode proporcionar uma rede de apoio social vital, onde a participação em atividades religiosas oferece um ambiente de solidariedade e compreensão, essencial para o bem-estar psicológico (KOENIG; KING; CARSON, 2012).

O empoderamento por meio da fé também é um elemento significativo. No *Mise-en-Cause* ou técnica do questionamento (MEC) do estudo de Nogueira (2019), identificou-se que, além da fé, Deus e o amor podem ser considerados elementos funcionais e centrais.

A crença no poder da oração e na intervenção divina pode ajudar as mulheres a desenvolver uma mentalidade positiva e proativa em relação ao manejo do HIV. Este tipo de empoderamento espiritual pode reforçar a autoconfiança e a capacidade de lidar com adversidades, promovendo uma abordagem mais saudável e resiliente à vida e à doença (PERERA; PANDEY; SRIVASTAVA, 2018).

Os depoimentos das mulheres mostram que a religião e a espiritualidade são fundamentais para desenvolver e manter a resiliência e o empoderamento ao enfrentar o HIV durante a gestação. A fé atua como uma fonte de força, consolo, e um meio para reestruturar suas vidas em torno de um novo significado e propósito. Esta afirmação sublinha a importância de considerar a dimensão espiritual no cuidado e suporte a mulheres em circunstâncias semelhantes, reconhecendo e integrando suas crenças religiosas no processo de tratamento e recuperação.

Nas narrativas de vida das entrevistadas se identificou conflito e reconciliação entre as crenças religiosas e as práticas médicas, de como as mulheres com diagnóstico de HIV na gestação gerenciam a intersecção entre suas crenças religiosas e as práticas médicas recomendadas. Pôde-se observar os momentos de conflito entre fé e medicina, bem como as estratégias de reconciliação adotadas por essas mulheres para integrar ambos os aspectos em seu cuidado e gestão da saúde.

Eu sempre fui católica, até mesmo antes de descobrir eu era católica e até hoje sou. Aí eu vou nas minhas missas normais, só (riso discreto) [Silêncio] E5

E5 mantém sua prática religiosa constante apesar do diagnóstico, indicando uma continuidade e uma possível fonte de força, mas o silêncio pode sugerir um conflito interno não expresso sobre como suas crenças religiosas coexistem com o tratamento médico.

Mulheres como E5 que conseguem manter sua prática religiosa ao lado de seguir as

recomendações médicas frequentemente relatam um senso de paz e continuidade em suas vidas. No entanto, o silêncio e o riso discreto podem apontar para um embate interno, sugerindo que a reconciliação completa entre fé e medicina nem sempre é fácil. Este ponto é apoiado por pesquisas que mostram que as tensões não resolvidas entre crenças religiosas e cuidados médicos podem levar a um maior estresse emocional e dificuldades na adesão ao tratamento (DOOLITTLE; JUSTICE; FIELLIN, 2018).

Infere que a religião e a espiritualidade influenciam os hábitos de vida e o autocuidado de mulheres com HIV, orientando decisões sobre saúde e tratamento. Segundo Leininger e McFarland (2015), a religião pode direcionar o cuidado, facilitando ou dificultando o autocuidado. Por isso, é essencial que o enfermeiro integre essas dimensões na assistência, respeitando a individualidade de cada paciente.

O enfermeiro pode incentivar o autocuidado ao estimular reflexões sobre espiritualidade, além de promover a participação em grupos de apoio com base religiosa, que oferecem suporte emocional e espiritual. Criar um ambiente de confiança é fundamental para que as pacientes se sintam à vontade para compartilhar questões espirituais, o que fortalece o vínculo e a adesão ao tratamento.

Leininger (2015) reforça que o enfermeiro deve direcionar o cuidado considerando os aspectos culturais e espirituais, promovendo assim um cuidado integral que impacta o bem-estar físico, emocional e espiritual das pacientes.

Foi apresentado duas meninas, ai elas falaram que era o primeiro filho, que pra elas também foi um susto mas, ainda mais na hora que elas estão na sala na hora que a criança nasce, ai tem a sala lá aonde a gente fica e que elas viam todo mundo amamentando mas elas não podiam e isso pra mim também me chocou bastante. Pra mim eu achei um pouco diferente por que eu já amamentei 3 e esse eu não poderia amamentar, isso para mim foi bem diferente, mas conforme ia nas consultas, eles conversaram que a criança não vai morrer de fome, que tem um leite específico (risos) pro bebê. Ai foi me acalmado mais sobre isso.E4

E4 expressa o choque inicial ao aprender que não poderia seguir a prática tradicionalmente incentivada pela religião de amamentar seu filho devido ao risco de transmissão do HIV. A reconciliação ocorre ao aceitar alternativas médicas seguras para a alimentação do bebê, evidenciando um ajuste entre sua fé e as necessidades médicas. O conflito entre crenças religiosas e práticas médicas é um desafio significativo para mulheres grávidas vivendo com HIV. Este conflito pode manifestar-se de várias formas, incluindo a resistência inicial a intervenções médicas que contrariam ensinamentos religiosos tradicionais.

Estudos indicam que a conciliação entre a fé e a medicina é fundamental para a adesão ao tratamento e para a saúde mental das pacientes (KOENIG; KING; CARSON, 2012).

Os achados de Nogueira (2019) ressaltam a importância da fé na cura para determinados grupos vivendo com HIV. Identificou-se que muitos desses indivíduos fazem orações, promessas e conversam com o divino pedindo por ela. Além disso, há uma relação de gratidão à Deus pela salvação, tanto para aqueles que já estiveram com uma infecção oportunista e conseguiram obter melhora, atribuindo essa cura a Deus, além dos esforços da área da saúde.

Por outro lado, E4 ilustra como a educação e o apoio dos profissionais de saúde pode facilitar a aceitação de alternativas seguras, como a alimentação do bebê com fórmulas em vez de amamentação. Este processo de adaptação é crucial para garantir que as mulheres se sintam empoderadas e seguras em suas decisões de saúde, ao mesmo tempo em que permanecem fiéis às suas crenças espirituais. A reconciliação é facilitada por uma comunicação clara e suporte contínuo dos profissionais de saúde, que devem estar cientes das sensibilidades religiosas de suas pacientes e trabalhar para integrar essas dimensões no plano de tratamento (PERERA; PANDEY; SRIVASTAVA, 2018).

Os depoimentos destacam a complexa dinâmica entre a adesão às crenças religiosas e a aceitação das práticas médicas entre mulheres diagnosticadas com HIV na gestação. O equilíbrio entre seguir suas crenças religiosas e aceitar as orientações médicas é crucial para garantir tanto o bem-estar físico quanto espiritual. Este entendimento é vital para profissionais de saúde ao fornecerem cuidado, pois respeitar e integrar a dimensão espiritual dos pacientes pode facilitar uma adesão mais efetiva ao tratamento e melhorar os resultados de saúde.

O momento da revelação do diagnóstico de HIV é um verdadeiro impacto como no relato a seguir:

Elas falaram, olha, o seu teste de HIV deu positivo. Na hora, eu não sei o que passou, tipo eu fiquei, em choque mesmo, acho que o chão caiu, sabe? Desabou, assim, eu não consigo pensar muito bem e aí eu só fiquei parada. E1

A entrevistada E1 relata o impacto da revelação do diagnóstico de HIV positivo, atordoada ficou sem ação, parada na instituição onde recebeu o resultado do seu exame.

Eu não contei pra ninguém e ele [o parceiro] não quer fazer o tratamento. Já não sei mesmo sabe, o que fazer, se eu falo pra ela, se eu não falo. Mais preocupação com ele, porque eu estou tomando um remédio, já estou no meu segundo mês tomando. Já vai fazer dois meses que eu estou tomando já o medicamento e ele não quer. E12

E12 relata além da preocupação consigo e com seu conceito, se preocupa com o parceiro que não aceita o diagnóstico e não se trata. Aliado a decisão de não revelar a ninguém a sua situação sorológica. Tanto E1, como E12 são exemplos do medo da rejeição, do estigma de ser portadora de HIV. Daí a importância da atuação dos profissionais de saúde, em especial os enfermeiros na promoção do autocuidado para a adesão ao tratamento com base na Teoria do **Déficit do Autocuidado de Orem**

A teoria do Déficit do Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem faz parte da Teoria dos Sistemas de Enfermagem (TSE), e suas três teorias interrelacionadas: Teoria do Autocuidado, Teoria do Déficit do Autocuidado e Teoria de Sistemas, que abrangem conceitos essenciais relacionados ao autocuidado e à promoção da saúde (Orem,2001).

Na Teoria do Autocuidado, o conceito de autocuidado é fundamental para a saúde e o bem-estar. Envolve ações deliberadas que indivíduos realizam para manter sua saúde, prevenir doenças e lidar com condições existentes. O enfermeiro desempenha um papel educativo, transferindo conhecimento científico de forma simplificada para capacitar os pacientes a cuidarem de si mesmos. Isso proporciona empoderamento, permitindo que os pacientes assimilem informações conscientemente. Essas informações ressoam em sua qualidade de vida, abrangendo aspectos biológicos e cognitivos, e promovem a sensação de autonomia e bem-estar geral. (Cavalcante et. al 2021). No contexto das mulheres gestantes com HIV, o autocuidado é indispensável.

Na Teoria do Déficit do Autocuidado, se foca nas situações em que o indivíduo não consegue atender às suas necessidades de autocuidado. O déficit pode ocorrer devido a limitações físicas, cognitivas ou emocionais. O enfermeiro avalia o déficit e intervém para ajudar o paciente a suprir suas necessidades. A Teoria de Sistemas considera o indivíduo como parte de um sistema maior. O enfermeiro avalia as demandas de autocuidado terapêutico com base nos fatores que afetam a saúde do paciente. A análise da demanda terapêutica ajuda a determinar o tipo e a quantidade de autocuidado necessários.

O agente do autocuidado é qualquer pessoa que, segundo as discussões de Orem (2001), participa das ações de autocuidado, seja para si mesmo ou para outra pessoa. O conhecimento deve ser adaptado às necessidades pré-existentes do indivíduo, proporcionando autonomia e independência. É responsabilidade do enfermeiro incentivar e promover o autocuidado com fundamentação científica, já que o autocuidado de mulheres com HIV na gestação é crucial para garantir a saúde tanto da mulher-mãe, quanto do bebê, ou seja, evitar a transmissão vertical do HIV da mãe para o conceito.

Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger

Madeleine Madeleine Leininger foi pioneira ao desenvolver a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, que integra a cultura, espiritualidade e religiosidade nos cuidados de enfermagem. Sua teoria é particularmente relevante para o contexto de mulheres grávidas com diagnóstico positivo para HIV, já que essas dimensões são fundamentais para promover um cuidado culturalmente congruente e humanizado. Leininger argumentou que “o cuidado é a essência da enfermagem e a ciência central para a saúde humana” (LEININGER; MCFARLAND, 2010), sendo a espiritualidade e a religiosidade elementos essenciais no enfrentamento de situações de vulnerabilidade, como o HIV.

A espiritualidade e religiosidade podem exercer um papel crucial no processo de aceitação e enfrentamento do diagnóstico de HIV em mulheres grávidas. Como observado por Leininger (1996), essas dimensões são centrais para muitas culturas e influenciam as decisões de saúde e as práticas de cura. Para essas mulheres, a espiritualidade pode oferecer um suporte emocional, além de moldar suas percepções sobre o tratamento, o cuidado pré-natal e as expectativas de vida. Nesse sentido, a enfermeira precisa reconhecer que "a espiritualidade, como parte integrante da cultura, não pode ser separada do cuidado de saúde", especialmente em situações delicadas como a gravidez com HIV, onde o impacto emocional é significativo.

Durante suas pesquisas com os Gadsup da Nova Guiné, Leininger observou como a espiritualidade informava práticas de cuidado locais, o que pode ser aplicado ao cuidado de gestantes vivendo com HIV. Ela destacou que "a espiritualidade e a religiosidade moldam as práticas de cuidado em muitas culturas" (LEININGER, 1988), sugerindo que a consideração dessas práticas pode melhorar o apoio e a adesão ao tratamento entre essas mulheres. A espiritualidade pode, portanto, atuar como um mecanismo de enfrentamento fundamental, ajudando-as a lidar com o estigma, o medo e as incertezas em torno de seu diagnóstico.

Leininger (2007) enfatizou que a religiosidade também desempenha um papel como ferramenta de enfrentamento emocional e espiritual, especialmente em situações de doenças graves. Para mulheres grávidas vivendo com HIV, a fé pode representar um suporte essencial, proporcionando força para enfrentar o tratamento e as mudanças em suas vidas. Leininger destacou que “a fé é frequentemente o suporte emocional e espiritual que permite que os pacientes lidem com suas condições de saúde” (LEININGER, 2007). Assim, ao integrar essas dimensões no cuidado, os profissionais de saúde podem oferecer um suporte mais empático e eficaz.

Ao longo de sua carreira, Leininger defendeu que o cuidado culturalmente congruente é alcançado ao reconhecer e respeitar as crenças religiosas e espirituais dos pacientes. Isso é

particularmente importante no contexto das mulheres grávidas com HIV, onde essas crenças podem influenciar diretamente a adesão ao tratamento e o bem-estar psicológico. Como sugerido por Leininger (1998), "ao integrar a espiritualidade no cuidado, os enfermeiros promovem um ambiente de cura mais completo e significativo", essencial para o enfrentamento do HIV durante a gestação.

Leininger (1994) também ressaltou que a espiritualidade e religiosidade são fundamentais para a qualidade de vida, especialmente em contextos transculturais. Para mulheres grávidas com HIV, reconhecer suas crenças e práticas espirituais pode ser um fator-chave para melhorar sua qualidade de vida e saúde mental, ao reduzir o estresse e promover um ambiente de cuidado mais humanizado e respeitoso.

Diante desse cenário, Leininger concluiu que a espiritualidade e religiosidade não são apenas dimensões a serem respeitadas, mas também ferramentas poderosas no processo de cura. Ela explicou que "a verdadeira cura ocorre quando o cuidado é culturalmente congruente, incorporando as crenças espirituais e religiosas do paciente" (LEININGER, 2007), o que é particularmente relevante para mulheres grávidas vivendo com HIV, que enfrentam desafios tanto físicos quanto emocionais e espirituais.

Como resultado, a integração da espiritualidade e religiosidade no cuidado de mulheres grávidas com HIV pode promover um bem-estar integral, melhorando os resultados de saúde e a adesão ao tratamento.

Estigma associado ao HIV

No que se refere ao estigma associado ao HIV, este é percebido e administrado pelas mulheres dentro de suas comunidades religiosas e mais amplamente. Observa-se tanto as experiências de rejeição e isolamento quanto os relatos de apoio e aceitação comunitária, destacando a influência da comunidade no processo de adaptação e gestão da doença.

Na igreja, às vezes, sinto que todos sabem e estão me julgando, mas também há momentos em que me sinto acolhida e compreendida. É uma luta constante entre o medo do julgamento e a busca por aceitação. E6

A entrevistada E6 descreve uma experiência dual na comunidade religiosa, onde o medo do estigma coexiste com momentos de suporte. Essa dualidade sugere que a igreja é um espaço de conflito emocional significativo, influenciando diretamente seu bem-estar e práticas de autocuidado.

Meu pastor foi incrivelmente solidário quando contei sobre meu diagnóstico. Ele me ajudou a não me sentir só e promoveu encontros com outras mulheres na mesma situação. E9

E9 ilustra um exemplo positivo de suporte comunitário, onde a liderança religiosa desempenha um papel ativo na mitigação do estigma e na promoção da solidariedade e apoio entre membros da comunidade enfrentando situações semelhantes.

No começo foi difícil, muitas pessoas se afastaram, mas com o tempo, algumas começaram a entender e a se aproximar novamente. A fé em Deus me ajudou a perdoar e a buscar reconstruir essas relações. E14

E14 expressa como o estigma inicialmente resultou em isolamento social, mas também destaca um processo de reconciliação e perdão facilitado por sua fé, indicando uma recuperação gradual do suporte comunitário.

O estigma associado ao HIV pode ter consequências devastadoras para a saúde mental e física das mulheres diagnosticadas, influenciando sua adesão ao tratamento e sua qualidade de vida. As experiências de E6 refletem a tensão constante entre a necessidade de aceitação e o medo do julgamento, uma realidade que muitas pessoas vivendo com HIV enfrentam. Este medo pode levar ao isolamento social, aumento do estresse e piora dos sintomas psicológicos (TURAN et al., 2017).

Neste íterim, Nogueira (2019) destaca a importância da rede social de apoio, composta por amigos, família e profissionais de saúde, que é essencial para um acompanhamento integral de saúde devido aos fortes vínculos construídos.

Por outro lado, o apoio da comunidade religiosa pode ser um fator protetor importante. Como ilustrado por E9, líderes religiosos que promovem um ambiente de apoio e aceitação podem ajudar a reduzir o estigma e melhorar os resultados de saúde das mulheres. A intervenção comunitária pode incluir grupos de apoio, como mencionado por E9, que fornecem um espaço seguro para compartilhar experiências e construir resiliência (KOENIG; KING; CARSON, 2012).

A experiência de E14 destaca o papel da fé na superação do estigma e na promoção da reconciliação. A capacidade de perdoar e reconstruir relações, facilitada pela fé, é fundamental para a reintegração social e para o fortalecimento das redes de apoio. Este processo de perdão e reconciliação pode reduzir os efeitos negativos do estigma e promover uma melhor saúde mental e bem-estar geral (DOOLITTLE; JUSTICE; FIELLIN, 2018).

Os depoimentos destacam a complexidade do estigma associado ao HIV dentro das comunidades religiosas e o impacto profundo que pode ter sobre as mulheres diagnosticadas.

Embora algumas experienciem julgamento e isolamento, outras encontram uma rede de apoio vital para sua resiliência e gestão da saúde. Este entendimento sublinha a importância de abordagens comunitárias inclusivas e sensíveis ao estigma nos programas de saúde pública e nas práticas eclesiais, incentivando uma cultura de aceitação e apoio que pode transformar significativamente a vida das afetadas.

O diagnóstico de HIV durante a gestação afeta a identidade das mulheres e sua percepção de si mesmas.

Eu descobri também sobre isso, aí eu fiquei com a mente meio perturbada, que já estava perturbada. Aí, uma coisa tipo assim que eu aceito e não aceito, pelo fato de eu não ter ficado com muitas pessoas, igual muita gente fica. E11

E11 expressa confusão e conflito sobre sua identidade e valores morais após o diagnóstico, lutando com a reconciliação de sua autoimagem como alguém que não se enquadra nos estereótipos comuns associados ao HIV.

Questão assim da religião, eu me apeguei mais com Deus, porque é difícil, muito mesmo, muito porque sem ele vai ser pior. E2

E2 relata uma intensificação de sua relação com a religião como uma resposta ao desafio do diagnóstico, mostrando como a espiritualidade pode ajudar a reformular a identidade pessoal em tempos de crise.

A transformação da identidade e a percepção pessoal após um diagnóstico de HIV é uma jornada complexa, marcada por sentimentos de confusão, estigmatização e necessidade de autoaceitação. E11 demonstra a dificuldade em aceitar a nova realidade e como isso afeta a sua percepção de moralidade e autoimagem. Este conflito é comum entre indivíduos diagnosticados com HIV, especialmente quando suas circunstâncias não correspondem aos estereótipos associados à doença. Estudos mostram que a reconstrução da identidade é um processo essencial para a saúde mental e emocional desses pacientes (Emlet, 2007).

A continuidade na prática religiosa, como descrito por E5, pode fornecer um senso de normalidade e estabilidade. Manter a identidade religiosa pode ser uma estratégia eficaz para enfrentar a crise de identidade causada pelo diagnóstico. A fé oferece uma ancoragem emocional, que ajuda a sustentar a autoimagem e proporciona uma sensação de pertencimento e apoio comunitário (KOENIG; KING; CARSON, 2012).

E2 destaca como a intensificação da fé pode ser um mecanismo de enfrentamento. A espiritualidade muitas vezes oferece um novo significado e propósito à vida, ajudando as mulheres a reformular sua identidade em termos positivos, mesmo em face da adversidade. A

fé pode servir como uma fonte de força e resiliência, facilitando a aceitação do diagnóstico e a adaptação às mudanças que ele traz (DOOLITTLE; JUSTICE; FIELLIN, 2018).

Os depoimentos ilustram as complexas dinâmicas entre identidade, percepção pessoal e religiosidade após um diagnóstico de HIV. Para muitas mulheres, a fé serve como um recurso crucial para enfrentar a estigmatização e manter ou redefinir sua autoimagem. Este entendimento ressalta a necessidade de considerar as dimensões psicológicas e espirituais do cuidado, encorajando práticas que apoiem as mulheres não apenas em termos médicos, mas também em sua jornada pessoal e espiritual de aceitação e transformação.

As mulheres com diagnóstico de HIV na gestação buscam manter suas rotinas e práticas religiosas como forma de preservar uma sensação de normalidade e estabilidade em suas vidas.

E5 destaca a continuidade de sua prática religiosa, indo às missas como de costume. O riso discreto seguido de silêncio pode indicar uma complexidade emocional sobre manter essas práticas como uma forma de lidar com o diagnóstico. A aderência às rotinas religiosas habituais sugere um esforço para manter uma vida normal e estruturada, usando a fé como uma constante em meio a novas incertezas.

A manutenção das rotinas religiosas pode ser vista como um mecanismo de enfrentamento que oferece estabilidade e conforto emocional. A prática religiosa contínua pode servir como uma âncora, ajudando as mulheres a preservar um senso de normalidade e identidade, apesar do impacto emocional e físico do diagnóstico de HIV. A continuidade nas práticas religiosas, como participar regularmente das missas, proporciona um espaço onde as mulheres podem encontrar consolo, reafirmar sua fé e sentir um senso de pertencimento e suporte comunitário (KOENIG; KING; CARSON, 2012).

Estudos indicam que a participação em atividades religiosas regulares está associada a melhores resultados de saúde mental, incluindo menores níveis de ansiedade e depressão. A estrutura fornecida por essas práticas pode ajudar as mulheres a gerenciar o estresse e a incerteza associados ao diagnóstico de HIV, promovendo um senso de controle e resiliência (PERERA; PANDEY; SRIVASTAVA, 2018).

A experiência de E5 destaca a importância das práticas religiosas diárias para as mulheres vivendo com HIV. Manter essas rotinas não só reforça a identidade pessoal, mas também proporciona uma rede de suporte emocional e espiritual que é crucial durante a gestação. A capacidade de aderir às práticas religiosas normais pode servir como um pilar de força e conforto, permitindo que as mulheres enfrentem os desafios adicionais impostos pelo diagnóstico de uma maneira mais equilibrada e esperançosa (DOOLITTLE; JUSTICE;

FIELLIN, 2018).

A manutenção das rotinas religiosas pode servir como uma âncora emocional e espiritual para mulheres enfrentando o estresse de um diagnóstico de HIV durante a gestação. Esta categoria reflete a importância de considerar como as práticas religiosas diárias e as rotinas estabelecidas podem ser vitais para o bem-estar psicológico das pacientes, ajudando-as a enfrentar desafios adicionais enquanto mantêm um senso de continuidade e normalidade em suas vidas. Fornecer suporte que reconhece e valoriza essa dimensão pode ser crucial para ajudar as mulheres a gerenciar suas condições de saúde de maneira eficaz e resiliente.

Há de se destacar as expectativas e esperanças das mulheres com diagnóstico de HIV em relação ao futuro, especialmente no que se refere à saúde de seus filhos, sua própria saúde e seus projetos de vida.

Foi muito difícil, mas hoje eu digo que eu consigo aceitar mais o HIV na minha vida, através de Deus, através do Espírito Santo que é onde ele me acalma. Aonde eu sei que eu não estou curada, mas eu creio no poder da fé, no poder da oração, que tudo tem um jeito, pra Deus nada é impossível. E14

E14 mostra uma transformação de desespero para aceitação e esperança, sustentada por sua fé e crença nos milagres possíveis através da oração e da intervenção divina. Esta perspectiva a ajuda a encarar o futuro com mais otimismo e menos temor.

Eu fico me perguntando, como que vai ser? Depois que o bebê nascer, sabe? Como será que o bebê vai nascer, como ele vai crescer, como que vai ser sabe? Se ele vier com o vírus? O que pode acontecer, não é impossível! Aí, vai crescer, tem meus outros filhos, meus outros filhos são saudáveis, não tem... Eu fico imaginando como que vai ser sabe, passa mil coisas na minha cabeça. E12

E12 expressa preocupações profundas sobre o futuro de seu bebê e o impacto potencial do HIV. Essas preocupações são mitigadas pela busca de conforto na religião e na crença de que, apesar dos desafios, existem caminhos e soluções possíveis.

E quando minha filha nasceu, minha filha, eu não pude amamentar minha filha, nós não podemos amamentar nosso bebê. Eu inventei um milhão de desculpa, aquela desculpa de que eu não posso porque eu estou doente, porque no decorrer da minha gravidez devido o HIV, eu fiquei com uma crise de pneumonia. (...) Aí quando foi o terceiro, o segundo exame, deu negativo. Aí aquilo ali, foi me aliviando, foi me deixando mais forte. Foi no terceiro que é o último, falou a tua filha não tem nada aí, que eu fiquei mais maravilhada com aquilo, e me mantive forte. Estou aí até hoje. E14

E14 ciente da recomendação de não amamentar seu bebê, utilizou de justificativas

possíveis de serem aceitas socialmente, teve pneumonia durante a gestação, para justificar o porquê de não dar o peito ao filho e assim não transmitir o HIV, além de seguir o tratamento e manter o acompanhamento laboratorial no ambulatório da instituição cenário, até o resultado negativo para HIV do filho.

Aí me explicaram que mesmo ficando um pouco difícil, eles ajudam né, eles ensinam um jeito de dar um leite diferente pra criança, eles dão um leite na maternidade para criança. (...) Então com eu já tinha amamentado e todos eles ficaram bastante tempo no peito [em gestação anterior], isso pra mim foi bem chocante (risos) E4

E4 relata o choque inicial e a subsequente superação ao aprender sobre alternativas seguras para amamentação. Essa adaptação reflete uma renovação da esperança e do otimismo em relação ao cuidado e bem-estar do filho, destacando a importância do suporte e da informação adequada.

A esperança e a perspectiva de um futuro melhor são componentes fundamentais na adaptação ao diagnóstico de HIV durante a gestação. A fé religiosa frequentemente serve como um pilar central de força e otimismo para essas mulheres. E14 exemplifica como a aceitação do diagnóstico, mediada pela fé, pode transformar a desesperança em uma visão positiva de futuro. Pesquisas indicam que a espiritualidade pode ajudar na aceitação e no manejo de doenças crônicas, proporcionando uma base emocional estável para enfrentar desafios futuros (DOOLITTLE; JUSTICE; FIELLIN, 2018).

No entanto, algumas pessoas vivendo com HIV ainda têm pensamentos negativos em relação à religião e religiosidade. Isso ocorre devido à associação da doença com peste ou castigo divino, além de visões negativas de certas religiões ou a percepção de que a religião está associada ao comércio e ao fanatismo religioso.

Conquanto, as preocupações de E12 sobre o futuro de seu bebê são comuns entre mães vivendo com HIV. A incerteza e o medo sobre a transmissão vertical do HIV (da mãe para o bebê) são atenuados pela fé e pelas informações médicas recebidas, permitindo uma visão mais esperançosa do futuro. Estudos mostram que a educação e o suporte adequados podem reduzir significativamente a ansiedade e melhorar o bem-estar psicológico das mães (KOENIG; KING; CARSON, 2012).

As narrativas de E4 e E14 ilustram como a adaptação a novas realidades, como a alimentação alternativa para o bebê, pode restaurar a esperança e a confiança no futuro. O suporte dos profissionais de saúde e a disponibilidade de alternativas seguras são cruciais para essa adaptação. A informação e a empatia proporcionadas pelos profissionais podem

transformar a experiência de choque e medo em uma de aceitação e esperança renovada (PERERA; PANDEY; SRIVASTAVA, 2018).

As mulheres com diagnóstico de HIV utilizam sua fé e práticas religiosas como fundamentos para construir uma visão de futuro mais positiva, tanto para elas quanto para seus filhos. Essa perspectiva espiritualmente enriquecida oferece não apenas conforto, mas também um caminho para enfrentar e superar os desafios associados à doença. Ao considerar essas dimensões em programas de apoio e tratamento, os profissionais de saúde podem promover um cuidado mais holístico que atenda às necessidades emocionais e espirituais das pacientes, fortalecendo sua capacidade de olhar para o futuro com esperança e determinação.

O profissional enfermeiro dentro da perspectiva do autocuidado, atua como elemento educador, estabelece um vínculo com o paciente assistido, proporcionando ao mesmo todas as informações necessárias ao seu tratamento, transformando, assim, o paciente como protagonista e responsável pela sua recuperação. O Cuidado está relacionado com a interação entre seres humanos através da troca de subjetividades entre quem cuida e quem é cuidado (Cruz e Silva, 2011).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa evidenciam que a espiritualidade e a religiosidade desempenham papéis fundamentais na vida das mulheres grávidas com diagnóstico positivo para o HIV. Por meio das narrativas dessas mulheres, foi possível perceber que, para muitas, a fé e a prática religiosa se tornaram ferramentas de apoio emocional e resiliência diante das adversidades. As mulheres relataram encontrar força e conforto na crença em um poder superior, utilizando a espiritualidade como recurso para enfrentar o medo, a angústia e a incerteza trazidos pelo diagnóstico.

A aplicação da escala de religiosidade DUKE-DUREL permitiu mensurar a influência da religiosidade no viver das mulheres entrevistadas, nas suas três dimensões do envolvimento religioso relacionadas a desfechos em saúde. A religiosidade organizacional que mede a frequência de participação em encontros religiosos; a religiosidade não organizacional mede a frequência de atividades religiosas privadas; e a religiosidade intrínseca mede a busca de internalização e vivência plena da religiosidade como principal objetivo do indivíduo.

Um aspecto relevante que emergiu ao longo do estudo foi o impacto das más notícias relacionadas à comunicação do diagnóstico. O momento de receber a notícia da soropositividade se mostrou crítico, não apenas pela complexidade do tratamento e os cuidados necessários para a saúde materna e do bebê, mas também pelo abalo emocional que essa revelação causa. As entrevistadas destacaram a importância da abordagem adotada pelos profissionais de saúde nesse momento. A técnica de comunicação de más notícias foi identificada como um fator crucial para minimizar o sofrimento e promover uma maior adesão ao tratamento. O cuidado com a maneira como o diagnóstico é transmitido pode influenciar diretamente o processo de aceitação da doença e o autocuidado subsequente.

Como autora do trabalho, considero que um dos principais aprendizados foi compreender o papel transformador que a espiritualidade pode exercer no enfrentamento de situações desafiadoras como o diagnóstico de HIV na gestação. Este estudo reafirma a necessidade de uma abordagem holística no cuidado com a saúde, que integre o suporte emocional, espiritual e religioso ao acompanhamento da saúde da mulher. A sensibilidade e a empatia dos profissionais de saúde e principalmente do enfermeiro na comunicação e no manejo da doença também se mostraram fundamentais para o bem-estar dessas mulheres.

Portanto, compreende-se que a integração de estratégias que considerem a espiritualidade, juntamente com uma comunicação cuidadosa e eficiente, pode melhorar significativamente a experiência de mulheres grávidas com HIV, favorecendo seu autocuidado

e promovendo melhores desfechos para elas e seus bebês.

As contribuições desta pesquisa são significativas, especialmente no campo da enfermagem, ao destacar a importância da espiritualidade e religiosidade no cuidado integral de mulheres grávidas com HIV. Os resultados oferecem subsídios para que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, considerem essas dimensões no planejamento do cuidado, promovendo o autocuidado e um suporte mais humanizado.

No âmbito da pesquisa, espera-se que os resultados obtidos possam subsidiar os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, a estar atentos a esses conteúdos nas narrativas das pacientes, pois eles podem influenciar no aspecto terapêutico, como adesão, apoio social e resolução de conflitos emocionais. Conclui-se que a espiritualidade e a religiosidade podem ser recursos valiosos para mulheres com HIV durante a gestação, impactando diretamente sua busca pelo autocuidado e bem-estar geral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDALA, G. A; MEIRA, M. D; OLIVEIRA, S. L; SANTOS, D. C. **Religião, espiritualidade e a enfermagem.** Rev. Família. v.5, p. 153-162, 2017. Disponível em: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/3777>

BANDEIRA, A.G. **O envelhecimento e a prevenção do HIV/Aids: um desafio para os profissionais de saúde.** Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre, v.7, n.3, p 115, 2014. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/19576>

BERTAUX, D. Narrativas de vida a pesquisa e seus métodos, Natal, RN: EDUFRN, São Paulo: Paulus, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Bioética, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Gestação de alto risco:** manual técnico. 5.ed. Brasília, 2012. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf

CAVALCANTE, Jeane Lima et al. Promoção do autocuidado de pessoas com hanseníase: intervenção educativa à luz da teoria de Orem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, 2021.

DOOLITTLE, Benjamin R.; JUSTICE, Amy C.; FIELLIN, David A. Religion, spirituality, and HIV clinical outcomes: a systematic review of the literature. **AIDS and Behavior**, v. 22, p. 1792-1801, 2018.

EMLET, Charles A. Experiences of stigma in older adults living with HIV/AIDS: A mixed-methods analysis. **AIDS patient care and STDs**, v. 21, n. 10, p. 740-752, 2007.

FERNADES, P. K, MIRANDA, K. C, RODRIGUES, D. P, VASCONCELOS, L. D. **Revelação diagnóstica para o HIV no pré-natal: dificuldades e estratégias de enfrentamento das mulheres.** Rev. de Enferm. UERJ. Rio de Janeiro. P.1-5, 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/12114/24378>

FRANÇA, L. C, GOMES, A. M, NOGUEIRA, V. P, MERCÊS, M. C, COUTO, P. L. **A espiritualidade para pessoas que vivem com o HIV /Aids: uma análise da abordagem processual das representações sociais.** Research, Society and Development, v.9, n.8, 2020. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/5903>

FRANÇA, L.C. **Representações sociais da espiritualidade de quem vive com Aids: um estudo a partir da abordagem estrutural.** Psic. e saber social, v.5, n.2, p. 187-197, 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psi-sabersocial/article/view/27037>

GALVÃO, J. **AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia**. 34.ed. Rio de Janeiro: ABIA, 2000. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=wzXSb_rpKvsC&oi=fnd&pg=PA7&ots=JHVRMz-gsa&sig=a2eejd3Cj7m5GNUi76ggiY1kwAI&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**, 7.ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GOMES, A. M, MARQUES, S. C, APOSTOLIDIS, T, NOGUEIRA, V. P, SOUZA, K. P,

GOMES, A. M, SILVA, E.M, OLIVEIRA, D.C. **Representações Sociais da AIDS para pessoas de vivem com HIV e suas interfaces cotidianas**. Rev. Latino Americana de Enfermagem. v.19, n.3., Tela 1 – Tela 8, São Paulo, jun 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421956006>

JURADO, S. R, BASSLER, T, C, MOREIRA, A. S, SILVA, A. V, DETTMER, S. A,

KOENIG, H.; KING, D.; CARSON, V. B. Handbook of Religion and Health Oxford: Oxford University Press. 2012.

KOENIG, H. G.; BÜSSING, A. The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. **Religions**, v. 1, n. 1, p. 78-85, 2010.

KOENIG, H.; PARKERSON JR, G. R.; MEADOR, K. G. Religion index for psychiatric research. 1997.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos da metodologia científica**. 6. ed. São Paulo, 2006.

LEININGER, M.; MCFARLAND, M. R. Madeleine Leininger's theory of culture care diversity and universality. Nursing theories and nursing practice, p. 317-336, 2010.

LEININGER, M. Culture care theory, research, and practice. Nursing science quarterly, v. 9, n. 2, p. 71-78, 1996. LEININGER, Madeleine M. Leininger's theory of nursing: Cultural care diversity and universality. Nursing science quarterly, v. 1, n. 4, p. 152-160, 1988.

LEININGER, M. Theoretical questions and concerns: Response from the theory of culture care diversity and universality perspective. Nursing Science Quarterly, v. 20, n. 1, p. 9-13, 2007.

LEININGER, M. Special research report: dominant culture care (EMIC) meanings and practice findings from Leininger's theory. Journal of Transcultural Nursing, v. 9, n. 2, p. 45-48, 1998.

LEININGER, M. Quality of life from a transcultural nursing perspective. Nursing Science Quarterly, v. 7, n. 1, p. 22-28, 1994.

M.S. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2000**. Secretaria de vigilância em saúde. Número especial. Dez. 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2020>

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONTEIRO, E.T. **Qualidade de vida de jovens que vivem com HIV/Aids: revisão integrativa de literatura**. TCC (Graduação em Enfermagem). 49p. Universidade Federal Fluminense. Niterói. 2021. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/1/23272/1/EDMILSOM%20MONTEIRO.pdf>

NOGUEIRA, V. P. **As representações sociais da espiritualidade e da religiosidade para pessoas que vivem com HIV/ Aids: estrutura de pensamento, enfrentamento da síndrome e cuidados de enfermagem**. Tese (Doutorado em Enfermagem). 269p. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2019.

OREM, D.E. **Nursing : concepts of practice**. 6 ed Sant Louis : Mosby. 2001

PERERA, Chintha Kumari; PANDEY, Rakesh; SRIVASTAVA, Abhay Kumar. Role of religion and spirituality in stress management among nurses. **Psychological Studies**, v. 63, p. 187-199, 2018.

RENESTO, H. M, FALBO, A. R, SOUZA, E, VASCONCELOS, M. G. **Enfrentamento e percepção da mulher em relação à infecção pelo HIV**. Rev. Saúde Pública, v. 48, n.1, p. 36- 42, 2014. Disponível em <https://www.scielo.org/article/rsp/2014.v48n1/36-42/>

SANCHEZ, A. **A espiritualidade e a enfermagem – uma importante dimensão do cuidar**. Revista Nursing, v.22, n.259, p.3447-3451, 2019. Disponível em <http://www.revistanursing.com.br/revistas/259/pg89.pdf>

SANTOS, I.M.M; SANTOS, R.S. **A etapa de análise no método história de vida - uma experiência de pesquisadores de enfermagem**. Texto contexto Enferm. Florianópolis, v 17, n.4, p.714-9, out-dez, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/fgg38tGXsf9F4qsDjH7KFbJ/?lang=pt>

SBIZERA, C. L, DENDASCK, C.V. **Espiritualidade como geradora de resiliência e as ciências da religião**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 3, ed. 12. v.07, p.19-30. Dezembro, 2018. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/ciencia-da-religiao/espiritualidade-como-geradora>

SILVA, A. L, SOUZA, F. B, ALMEIDA, E. B, GOMES, M. P. **Los estigmas que involucran las creencias religiosas y a las personas viviendo con el VIH**. Rev. científica de la Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados. 2º cuatrimestre, n.57, ano 24. P. 27-40, 2020. Disponível em: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/108773/1/CultCuid57-27-40.pdf>

SILVA, J. B, SILVA, L. B. **Relação entre religião, espiritualidade e sentido de vida**. Revista Logos & Existência. 3(2), 203-215, 2014. Disponível em <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/le/article/view/22107/12148>

SOUZA, H.P. et al. **Doenças infecciosas e parasitárias no Brasil de 2010 a 2017: aspectos para vigilância em saúde**. Rev Panam Salud Publica, v. 44 n.08, Maio 2020. Disponível em

<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2020.v44/e10/>

TAUNAY, T. C. D. Escragnolle et al. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 39, p. 130-135, 2012.

TAVARES, A. D. et al. Plano diretor estratégico 2021-2023. Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – Unirio/ Ebserh, v. 01, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hugg-unirio/governanca/gestao-estrategica/PLANODIRETORESTRATGICO20212023.pdf>.

THIENGO, P. C, GOMES, A. M, MERCÊS, M. C, COUTO, P. L, FRANÇA, L. C, SILVA, A.N. **Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa**. *Cogitare enfermagem*, v.24, 2019. Disponível em <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/58692>

TURAN, Bulent et al. Framing mechanisms linking HIV-related stigma, adherence to treatment, and health outcomes. *American journal of public health*, v. 107, n. 6, p. 863-869, 2017.

WEHBE-ALAMAH, H. B.; MCFARLAND, M. R. Leininger's enablers for use with the ethn nursing research method. **Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory**. 3rd ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, LLC, p. 73-99, 2015.

APÊNDICE 01 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE – HUGG
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA E COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

Convidamos a Senhora a participar do projeto de pesquisa “**Espiritualidade e Religiosidade e suas interfaces na saúde da mulher: percepções de mulheres grávidas com diagnóstico positivo para o HIV**”, sob a responsabilidade da pesquisadora Enf^a **Márcia Neves Barbosa**, orientada pela Prof^a Dr^a **Inês Maria Meneses dos Santos**. O projeto tem como tema: Espiritualidade e Religiosidade no contexto da saúde de mulheres com diagnóstico positivo para o HIV no período gestacional.

Os objetivos desta pesquisa são: **1-** Descrever o perfil social, econômico e cultural das mulheres com sorologia positiva para o HIV, no período gestacional. **2-** Identificar os fatores impactantes na vida das mulheres diagnosticadas com HIV durante o período gestacional. **3-** Analisar a influência da religiosidade e espiritualidade de mulheres com diagnóstico positivo para o HIV no período gestacional, na busca do autocuidado, a partir da sua narrativa de vida.

Os benefícios desta pesquisa serão indiretos para as participantes. A senhora receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la.

A sua participação se dará por meio de uma entrevista em que irá responder à questionários escritos e a uma pergunta oral, que será registrada através de gravação e anotações, o que para garantirá o aproveitamento total dos relatos. Esta entrevista será, previamente, agendada de acordo com a sua disponibilidade de tempo e se dará em um ambiente reservado.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa serão mínimos, pois podem ocorrer possíveis desconfortos emocionais em relação a algum questionamento realizado durante a entrevista. Entretanto, estes riscos serão minimizados através de um abordagem acolhedora, objetivando a permitir que se sinta confortável e livre para a qualquer tempo desistir ou remarcar a entrevista.

Como a entrevista será presencial, há possibilidade de exposição ao COVID-19, a fim de minimizar os riscos em relação a transmissão serão usadas máscaras, higienização com álcool à 70% e mantido um distanciamento de 1 metro entre o entrevistador e a entrevistada.

Se a senhora aceitar participar, este estudo contribuirá significativamente para a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão, oferecendo subsídios para melhorar as condições e a qualidade da assistência prestada às mulheres com diagnóstico positivo para o HIV no período de acompanhamento da gestação, possibilitando o entendimento da importância da espiritualidade e religiosidade para a mulher, assim facilitando a interação profissional-paciente na construção do próprio cuidado.

A Senhora pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a

senhora.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação, que será voluntária.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação nessa pesquisa, você receberá assistência integral e gratuita, pelo tempo que for necessário, obedecendo os dispositivos legais vigentes no Brasil. Caso a senhora sinta algum desconforto relacionado aos procedimentos adotados durante a pesquisa, a senhora pode procurar a pesquisadora responsável para que possamos ajudá-la.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados para esta pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador, podendo ser armazenados em formato digital, sendo preservados o anonimato e a indisponibilidade de qualquer informação que permita a sua identificação em qualquer pesquisa que os utilize.

Se a Senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Márcia Neves Barbosa, no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, no telefone (21) 22641957 ou pelos e-mails: mnevesbar75@gmail.com; ines.m.santos@unirio.br

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle - UNIRIO/EBSERH. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidos pelo telefone (21) 2264-5177, whatsapp (21)97138-5971 ou e-mail cephugg@gmail.com, horário de atendimento das 08h:00 às 17h:00, de segunda a sexta-feira. O CEP-HUGG se localiza no quarto andar do HUGG, pavilhão hospitalar, acesso pela escada ou elevador ao final do corredor que leva à enfermaria de Ortopedia – Rua Mariz e Barros 775, Tijuca, Rio de Janeiro, RJ. CEP: 20270-004.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com a Senhora.

Nome / assinatura

Enfª Márcia Neves Barbosa

Profª Drª Inês Maria Meneses dos Santos

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

APÊNDICE 02 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1 – Identificação

Questionário n° _____

Data: _____

Idade: _____

2 – Dados Sociais

Raça ou cor da pele

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Branca | <input type="checkbox"/> Amarelo |
| <input type="checkbox"/> Parda | <input type="checkbox"/> Indígena |
| <input type="checkbox"/> Negra | |

Escolaridade:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Primeiro seguimento do Ensino Fundamental (1º ao 5º ano) | |
| <input type="checkbox"/> Segundo seguimento do Ensino Fundamental (6º ao 6º ano) | |
| <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental completo | |
| <input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto | |
| <input type="checkbox"/> Ensino Médio completo | |
| <input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto | <input type="checkbox"/> Mestrado |
| <input type="checkbox"/> Ensino Superior completo | <input type="checkbox"/> Doutorado |
| <input type="checkbox"/> Especialização | <input type="checkbox"/> Outros. Qual: _____ |

Profissão: _____

—

Atuação Profissional

atual: _____

Situação no trabalho:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trabalho formal, com registro em carteira | <input type="checkbox"/> Trabalhos eventuais (Faz bicos) |
| <input type="checkbox"/> Trabalho informal | <input type="checkbox"/> Afastamento com pensão |
| <input type="checkbox"/> Funcionária pública | <input type="checkbox"/> Licença médica. |
| Tempo: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Desempregada | <input type="checkbox"/> Outros |

Renda:

- () Nenhuma () Auxílio Brasil
 () Entre 1 a 2 salários mínimos () 3 a 5 salários mínimos
 () 5 a 7 salários mínimos () Acima de 8 salários mínimos
 () Do parceiro () Da família

Estado conjugal e marital atual:

- () Solteira/ Não possui namorado(a) ou companheiro(a)
 () Casada
 () Vive com companheiro(a)/ União Estável
 () Possui companheiro(a) fixo(a), mas não vive com ele(a)
 () Viúva

Situação de moradia:

- () Mora sozinha () Mora com o parceiro () Mora com a família
 () Mora com amigos () Mora com a família e o parceiro
 () Mora em habitação coletiva Qual: _____

3- Situação Obstétrica, Diagnóstico e Terapia:

Gesta () Para () Aborto ()

() nº de filhos vivos

Situação sorológica do(s)

filho(s): _____

Em qual gestação obteve o diagnóstico: _____

Obteve o diagnóstico com quantas semanas de gestação: _____

Uso de antirretrovirais: () Sim () Não

Com quantas semanas de gestação iniciou tratamento com antirretrovirais: _____

Houve mudança terapêutica: () Sim () Não

Orientação sexual: () Heterossexual () Homossexual () Bissexual

() Outra, qual? _____

Principais fontes de acesso à informação sobre HIV/Aids (marcar as 3 principais, ordenando de 1 a 3, por maior frequência de acesso)

() Televisão () Rádio

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Panfletos/ folders/ cartazes | <input type="checkbox"/> Livros científicos |
| <input type="checkbox"/> Livros em geral | <input type="checkbox"/> Jornal |
| <input type="checkbox"/> Revista em geral | <input type="checkbox"/> Redes sociais |
| <input type="checkbox"/> Sites na internet | <input type="checkbox"/> Serviços de saúde. Qual: _____ |
| <input type="checkbox"/> Conversas no cotidiano | <input type="checkbox"/> Outra: _____ |

Religião:

- () Sem religião. Se não possui religião, acredita em Deus: () Sim () Não
- () Católica
- () Espírita, especificar: () Kardecista () Umbanda () Candomblé
- () Evangélica, denominação: _____
- () Outra religião. Especificar: _____
- () Em caso de outra prática religiosa além das descritas acima, especificar: _____

Participação em atividades religiosas:

- Antes do diagnóstico () Sim () Não
- Mais do que uma vez por semana ()
- Uma vez por semana ()
- Duas a três vezes por mês ()
- Algumas vezes por ano ()
- Uma vez por ano ou menos ()
- Depois do diagnóstico () Sim () Não
- Mais do que uma vez por semana ()
- Uma vez por semana ()
- Duas a três vezes por mês ()
- Algumas vezes por ano ()
- Uma vez por ano ou menos ()

Questão Norteadora da Narrativa de Vida:

“- Fale sobre sua vida que tenha relação com a sua religiosidade e espiritualidade que tenha relação com o diagnóstico de HIV na gestação.”

APÊNDICE 03
ESCALA DE RELIGIOSIDADE DA UNIVERSIDADE DE DUKE-DUREL

1 – Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?
(Religiosidade Organizacional)

- 1.()Mais do que uma vez por semana
- 2.()Uma vez por semana
- 3.()Duas a três vezes por semana
- 4.()Algumas vezes por ano
- 5.()Uma vez por ano ou menos
- 6.()Nunca

2 – Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, com preces, rezas, meditações, leitura de bíblia ou ode outros textos religiosos? (Religiosidade não-organizacional)

- 1.()Mais do que uma vez ao dia
- 2.()Diariamente
- 3.()Duas ou mais vezes por semana
- 4.()Uma vez por semana
- 5.()Poucas vezes por mês
- 6.()Raramente ou nunca

3 – Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

- 1.()Totalmente verdade para mim
- 2.()Em geral é verdade
- 3.()Não estou certo
- 4.()Em geral não é verdade
- 5.()Não é verdade

4 – As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

- 1.()Totalmente verdade para mim
- 2.()Em geral é verdade
- 3.()Não estou certo
- 4.()Em geral não é verdade
- 5-()Não é verdade

5 – Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1.()Totalmente verdade para mim

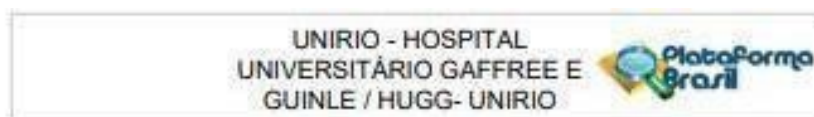
2.()Em geral é verdade

3.()Não estou certo

4.()Em geral não é verdade

5.()Não é verdade

ANEXO 01 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Espiritualidade e Religiosidade e as suas interfaces na saúde da mulher: percepções de mulheres grávidas com diagnóstico positivo para o HIV

Pesquisador: MARCIA NEVES BARBOSA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62715222.3.0000.5258

Instituição Proponente: Hospital Universitário Gaffree e Guinle/HUGG/UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.672.878

Apresentação do Projeto:

Estudo exploratório, descritivo de abordagem qualitativa. Utilizará o método Narrativa de Vida (Bertaux). Cenário do estudo: Ambulatório do serviço de obstetria de um hospital universitário federal, situado na zona norte do Rio de Janeiro. Participantes da pesquisa: Mulheres que obtiveram o diagnóstico de HIV no período gestacional e que realizaram pré-natal na instituição; cenário do estudo. Para a coleta dos dados será utilizado um questionário sócio-econômico e cultural, a escala de religiosidade de DUKE-DUREL e entrevista aberta com questões guiadas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- 1- Descrever o perfil social, econômico e cultural das mulheres com serologia positiva para o HIV, no período gestacional.
- 2- Identificar os fatores impactantes na vida das mulheres diagnosticadas com HIV durante o período gestacional.
- 3- Analisar a influência da religiosidade e espiritualidade de mulheres com diagnóstico positivo para o HIV no período gestacional, na busca do autocuidado, a partir das suas narrativas de vida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775
 Bairro: Tijuca CEP: 22.270-904
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2264-5317 Fax: (21)2264-5177 E-mail: cep/hugg@gmail.com

UNIRIO - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO GAFFRE E
GUINLE / HUGG- UNIRIO



Continuação do Parecer: 5872/2022

Os riscos decorrentes da pesquisa serão mínimos, pois podem provocar possíveis desconfortos emocionais em relação a algum questionamento realizado durante a entrevista. Entretanto, estes riscos serão minimizados através de uma abordagem acolhedora, objetivando que a participante se sinta confortável e livre para a qualquer tempo desistir ou remarcar a entrevista. Como a entrevista será presencial, há possibilidade de exposição ao COVID-19, a fim de minimizar os riscos em relação a transmissão serão usadas máscaras, higienização com álcool à 70% e mantido distanciamento de 1 metro entre o entrevistador e a entrevistada.

Benefícios:

Os benefícios serão indiretos para as participantes. O estudo contribuirá significativamente para a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão oferecendo subsídios para melhorar as condições e a qualidade da assistência prestada às mulheres com diagnóstico positivo para o HIV no período de acompanhamento da gestação, possibilitando o entendimento da importância da espiritualidade e religiosidade para a mulher, assim facilitando a interação profissional-paciente na construção do próprio cuidado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto apresentado ao CEP HUGG para andamento da pesquisa do curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, do Centro de Ciência Biológicas e da Saúde, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentação de forma adequada de todos os Termos obrigatórios para realização da pesquisa.

Recomendações:

sem recomendação

Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1999153.pdf	23/08/2022 21:24:52		Aceito

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775
Bairro: Tijuca CEP: 22.270-006
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2264-0317 Fax: (21)2264-5177 E-mail: ccehugg@gmail.com

UNIRIO - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO GAFFREE E
GUINLE / HUGG- UNIRIO



Continuação do Parecer: 5.672.676

Outros	Termo_de_responsabilidade_pesquisador.pdf	23/08/2022 21:24:06	Inês Maria Meneses dos Santos	Aceito
Outros	instrumento.pdf	23/08/2022 18:50:05	Inês Maria Meneses dos Santos	Aceito
Outros	Anuencia_Setor.pdf	23/08/2022 18:49:33	Inês Maria Meneses dos Santos	Aceito
Outros	Anuencia_HUGG.pdf	23/08/2022 18:48:51	Inês Maria Meneses dos Santos	Aceito
Declaração de concordância	TermoConcordanciaProponente.pdf	23/08/2022 18:48:16	Inês Maria Meneses dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Agência	TCLE.pdf	23/08/2022 18:47:59	Inês Maria Meneses dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPesquisa_MarciaNeves.pdf	23/08/2022 18:47:37	Inês Maria Meneses dos Santos	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	23/08/2022 18:47:11	Inês Maria Meneses dos Santos	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	23/08/2022 18:45:46	Inês Maria Meneses dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto_MarciaNeves.pdf	23/08/2022 18:45:01	Inês Maria Meneses dos Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 29 de Setembro de 2022

Assinado por:
Jorge Francisco da Cunha Pinto
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775
Bairro: Tijuca CEP: 22.270-004
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2264-0317 Fax: (21)2264-5177 E-mail: caphugg@gmail.com