



FACULDADE DE
MEDICINA
FUNDADA EM 1963

MESTRADO EM SAÚDE MENTAL E PSICOINTERVENÇÕES

Título da Dissertação

Estratégias de *Coping* Adoptadas por Mulheres Grávidas em Tratamento Anti-retroviral para Lidar com os Desafios da Gravidez e da Terapia em Unidades Sanitárias Seleccionadas da Cidade da Matola: Um estudo Analítico Transversal

Nome do estudante: Hélder Glécio Filimão Munguambe

Nome e título dos Supervisores: Prof. Doutor Joaquim Matavel, MPH, PhD

Prof. Doutora Ana Luísa Patrão, PhD

Maputo, Abril de 2026



FACULDADE DE
MEDICINA
FUNDADA EM 1963

Título da Dissertação

Estratégias de *Coping* Adotadas por Mulheres Grávidas em Tratamento Anti-retroviral para Lidar com os Desafios da Gravidez e da Terapia em Unidades Sanitárias Seleccionadas da Cidade da Matola: Um estudo Analítico Transversal

Dissertação de Mestrado submetida e apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane como requisito para Obtenção do grau de Mestrado em Saúde Mental e Psicointervenções.

Nome do estudante: Hélder Glécio Filimão Munguambe

Nome e título dos Supervisores: Prof. Doutor Joaquim Matavel, MPH, PhD

Prof. Doutora Ana Luísa Patrão, PhD

Maputo, Abril de 2026

Declaração de Originalidade

Declaro que esta Dissertação nunca foi apresentada para a obtenção de qualquer grau ou num outro âmbito e que ela constitui o resultado do meu labor individual e apoio dos supervisores do estudo. Esta Dissertação é apresentada em cumprimento parcial dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre no curso de Mestrado em Saúde Mental e Psicointervenções da Universidade Eduardo Mondlane.

Dedicatória

A dedicatória deste estudo vai em primeiro a minha esposa **Katia Maripa Augusto Bapiro** e a minha filha **Kataleya Hélder Munguambe** que sempre estiveram ao meu lado e por serem o motor e motivação para nunca desistir de alcançar todos os meus sonhos e objectivos.

Agradecimentos

Em primeira instância, quero agradecer ao meu Bom Deus, pela vida, pela saúde, pela sabedoria e por me proteger em todos os momentos da minha humilde vida. A ele toda honra e toda gloria.

Em segundo lugar quero agradecer a minha família. Aos meus pais Filimão R. Munguambe e Edumilia S. Manjate pelo apoio moral e por serem pilares da minha vida e por terem proporcionado a educação necessária quando foi necessário e pelo apoio financeiro quando necessitei. Aos meus irmãos que directa e indirectamente apoiaram-me.

Em terceiro lugar quero agradecer aos meus tropas/amigos, ao Dinis Inácio e Lameck Gama que me deram sempre a moral para terminar o mestrado apesar das dificuldades que advieram ao longo dos dois anos.

Em quarto lugar, quero agradecer aos meus colegas/amigos da faculdade pelas discussões científicas durante as sessões a nível das aulas, pelo apoio moral e por sempre estarem lá quando fosse necessário, em especial a Eufrásia Massango, Elisa Barros, Moisés Tumbo, Sila Dolofe, Umyy Nze, e Alice Mavume. A todos os meus colegas da turma o meu muito obrigado.

Em quinto lugar quero agradecer aos meus assistentes de pesquisa que ajudaram bastante na minha colecta de dados.

O meu agradecimento especial vai aos meus supervisores Prof. Doutor Joaquim Matavel e a Prof. Doutora Ana Luísa Patrão pelos ensinamentos e partilha de experiências.

E, finalmente, a todos que, de forma directa e indirecta, tiveram uma grande contribuição para o êxito da minha caminhada académica, deixo o meu profundo agradecimento.

Epígrafe

“Em última análise, precisamos amar para não adoecer”,
(Freud, 1914)

Índice

| | |
|---|------|
| Declaração de Originalidade | i |
| Dedicatória..... | ii |
| Agradecimentos | iii |
| Lista de Siglas e Abreviaturas | viii |
| Lista de Figuras | ix |
| Lista de Tabelas | x |
| Resumo | xi |
| Abstract..... | xii |
| 1. Introdução..... | 1 |
| 2. Problema..... | 2 |
| 3. Hipóteses | 3 |
| 4. Objectivos..... | 4 |
| 4.1. Objectivo Geral..... | 4 |
| 4.2. Objectivos Específicos | 4 |
| 5. Revisão da Literatura..... | 5 |
| 5.1. Conceitos Chave..... | 5 |
| 5.2. A Vivência da Maternidade em Mulheres com HIV | 7 |
| 5.3. Factores Psicossociais de Protecção e de Risco Associados à Adesão ao Tratamento do HIV/SIDA | 9 |
| 5.4. Aspectos Emocionais da Gestação com Infecção por HIV/AIDS..... | 11 |
| 5.4.1. Alterações Psicológicas e Emocionais frente ao HIV e SIDA | 11 |
| 5.5. Coping e o HIV/SIDA | 13 |
| 5.6. Predictores da Adesão ao Tratamento no Contexto do Pré-natal..... | 16 |
| 5.7. Impacto da infecção pelo HIV/aids na família e na experiência da maternidade..... | 17 |

| | | |
|----------|--|----|
| 6. | Enquadramento Teórico | 23 |
| 6.1. | O Modelo de <i>Coping</i> de Folkman e Lazarus..... | 23 |
| 6.2. | Tipos de Estratégias de <i>Coping</i> Segundo Lazarus e Folkmn | 28 |
| 6.2.1. | Estratégias Focadas no Problema | 28 |
| 6.2.2. | Estratégias Focadas na emoção | 28 |
| 7. | Metodologia (Material e Métodos)..... | 30 |
| 7.1. | Tipo/desenho de Estudo | 30 |
| 7.2. | Local do Estudo | 30 |
| 7.3. | Período de Estudo..... | 33 |
| 7.4. | População do Estudo, Amostra, Amostragem ou Modo de Selecção dos Participantes 33 | |
| 7.4.1. | População de Estudo..... | 33 |
| 7.4.2. | Amostra | 33 |
| 7.4.3. | Métodos de selecção de participantes..... | 34 |
| 7.4.3.1. | Critérios de Inclusão..... | 34 |
| 7.4.3.2. | Critérios de Exclusão..... | 34 |
| 7.5. | Procedimentos, Técnicas e Instrumentos de Colecta/Recolha de Dados | 34 |
| 7.6. | Plano de Gestão e Análise de Dados | 35 |
| 7.7. | Variáveis..... | 35 |
| 8. | Considerações Éticas | 36 |
| 8.1. | Normas Éticas a seguir e Comitês que vão Aprovar o Estudo | 36 |
| 8.2. | Recrutamento e Consentimento Informado..... | 36 |
| 8.3. | Avaliação de Benefícios e Riscos e como estes serão Minimizados..... | 36 |
| 8.4. | Confidencialidade/Privacidade/Anonimato..... | 37 |
| 9. | Equipa de Estudo | 38 |

| | |
|---|----|
| 11. Resultados..... | 40 |
| 12. Discussão | 49 |
| 13. Conclusões..... | 52 |
| 14. Sugestões | 53 |
| 15. Referências bibliográficas | 54 |
| Apêndices | 64 |
| Questionário Sócio-demográfico e clínico | 65 |
| Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> de Folkman e Lazarus | 66 |
| Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 69 |
| ANEXOS | 75 |
| Carta de cobertura do local da pesquisa | 76 |
| Carta de Aprovação Ética..... | 77 |
| Credencial de Autorização da Direção Provincial de Saúde de Maputo para a Recolha de Dados | 77 |
| Credencial de Autorização dos Serviços Distritais de Saúde Mulher e Acção Social da Matola para a Recolha de Dados | 78 |
| Declaração do Supervisor Autorizando a Submissão para Avaliação..... | 79 |
| Evidência de participação em eventos científicos (evidência de ter apresentado um comunicado oral e/ou poster produzido em eventos científicos) | 80 |
| Comprovativo de Submissão de Artigo Científico a uma Revista | 81 |

Lista de Siglas e Abreviaturas

| | |
|--------|--|
| CD4 | <i>Cluster of Differentiation</i> |
| CPN | Consulta Pré-Natal |
| CIBS | Comité Institucional de Bioética para Saúde |
| FM | Faculdade de Medicina |
| HCM | Hospital Central de Maputo |
| HIV | Vírus da Imunodeficiência Humana |
| JASP | <i>Jeffrey's Amazing Statistics Program</i> |
| PrEP | Profilaxia Pré Exposição |
| PTV | Prevenção de Transmissão Vertical |
| SIDA | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| SPSS | <i>Statistical Package for the Social Sciences</i> |
| SNS | Sistema Nacional de Saúde |
| TV | Transmissão Vertical |
| TARV | Tratamento Antirretroviral |
| UEM | Universidade Eduardo Mondlane |
| UNAIDS | <i>Joint United Nations Programme on HIV/AIDS</i> |

Lista de Figuras

- Figura 1: Modelo de Processamento de Stress e Coping (Lazarus e Folkman)
- Figura 2: Rede sanitária da Cidade da Matola – Unidades ligadas ao SNS
- Figura 3 Postos Administrativos e os respectivos Bairros da Cidade da Matola

Lista de Tabelas

- Tabela 1: Equipa de Estudo
- Tabela 2: Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes
- Tabela 3: Relação entre o perfil sócio-demográfico das mulheres em tratamento TARV e as estratégias de *coping*
- Tabela 4: Estratégias de *coping* adoptadas pelas mulheres grávidas em seguimento TARV
- Tabela 5: Relação entre estratégias de *coping* adoptadas pelas mulheres grávidas e adesão ao TARV
- Tabela 6: Predicção da adesão ao tratamento TARV com base nas estratégias de *coping*

Resumo

A infecção causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) permanece um relevante problema de saúde pública, afectando de forma desproporcional mulheres jovens em idade reprodutiva, particularmente na África Subsaariana. Durante a gravidez, a vivência do HIV impõe desafios adicionais de natureza psicológica e social, podendo comprometer a adesão ao tratamento antirretroviral (TARV), considerado fundamental para a saúde materna e para a prevenção da transmissão vertical. Neste contexto, as estratégias de *coping* assumem um papel central na adaptação psicológica e na gestão das exigências associadas à gravidez e ao tratamento. A presente dissertação teve como objectivo analisar a relação entre as estratégias de *coping* adoptadas por mulheres grávidas em tratamento antirretroviral e a adesão ao TARV. Metodologicamente, apresenta-se como um estudo analítico transversal, com uma abordagem quantitativa, realizado entre julho e novembro de 2025, envolvendo uma amostra de 384 mulheres grávidas em seguimento TARV. A recolha de dados foi efectuada através de um questionário sócio-demográfico e do Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus. A análise estatística incluiu estatística descritiva e inferencial, recorrendo aos pacotes SPSS, com testes de correlação, regressão e análise de variância. Os resultados revelaram que a maior parte dos participantes era jovem, com predominância de inserção no sector informal e níveis médios a elevados de escolaridade, sendo observada uma elevada proporção de não adesão ao tratamento. As estratégias de *coping* mais frequentemente utilizadas foram a reavaliação positiva, a fuga e a aceitação da responsabilidade. Verificaram-se associações estatisticamente significativas entre várias estratégias de *coping* e a adesão ao TARV, destacando-se a reavaliação positiva como preditor favorável da adesão. Conclui-se que as estratégias de *coping* tem um papel importante na adesão ao TARV entre mulheres grávidas vivendo com HIV. Os achados evidenciam a necessidade de integrar intervenções psicossociais focadas no fortalecimento de estratégias de *coping* adaptativas nos serviços de saúde materna, de modo a promover a adesão terapêutica, o bem-estar psicológico e a redução da transmissão vertical do HIV.

Palavras-chave: *Coping*; Mulheres grávidas; HIV/SIDA; Tratamento antirretroviral; Adesão ao tratamento.

Abstract

Infection caused by the Human Immunodeficiency Virus (HIV) remains a significant public health concern, disproportionately affecting young women of reproductive age, particularly in Sub-Saharan Africa. During pregnancy, living with HIV imposes additional psychological and social challenges, which may negatively affect adherence to antiretroviral therapy (ART), considered essential for maternal health and for the prevention of vertical transmission. In this context, coping strategies play a central role in psychological adjustment and in managing the demands associated with both pregnancy and treatment. This dissertation aimed to analyze the relationship between coping strategies adopted by pregnant women undergoing antiretroviral therapy and adherence to ART. Methodologically, the study employed a cross-sectional analytical design with a quantitative approach, conducted between July and November 2025, involving a sample of 384 pregnant women receiving ART follow-up care. Data were collected using a socio-demographic questionnaire and the Folkman and Lazarus Coping Strategies Inventory. Statistical analysis included both descriptive and inferential procedures, performed using SPSS software, incorporating correlation tests, regression analysis, and analysis of variance (ANOVA). The findings indicated that most participants were young, predominantly engaged in the informal sector, and presented moderate to high levels of education. A high proportion of non-adherence to treatment was observed. The most frequently reported coping strategies were positive reappraisal, escape-avoidance, and acceptance of responsibility. Statistically significant associations were identified between several coping strategies and ART adherence, with positive reappraisal emerging as a favorable predictor of adherence. It is concluded that coping strategies play an important role in ART adherence among pregnant women living with HIV. The findings highlight the need to integrate psychosocial interventions focused on strengthening adaptive coping strategies within maternal health services, in order to enhance treatment adherence, promote psychological well-being, and reduce vertical transmission of HIV.

Keywords: Coping; Pregnant women; HIV/AIDS; Antiretroviral therapy; Treatment adherence

1. Introdução

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) continuam a constituir um importante problema de saúde pública a nível mundial, afectando de forma desproporcional os países de baixo e médio rendimento, com destaque para aqueles localizados na África Subsaariana, que continuam a concentrar uma parcela significativa da epidemia (UNAIDS, 2023). Apesar dos avanços significativos no acesso ao tratamento anti-retroviral (TARV) e nas estratégias de prevenção, as mulheres permanecem entre os grupos mais vulneráveis à infecção, sobretudo as mulheres jovens e em idade reprodutiva (UNAIDS, 2022). Em Moçambique, esta realidade é particularmente preocupante, uma vez que as mulheres representam uma proporção significativa das pessoas vivendo com HIV, enfrentando simultaneamente desafios biomédicos, psicossociais, económicos e culturais (Patrão & McIntyre, 2018).

A adesão ao TARV na gestação é reconhecida como a estratégia mais eficaz para a supressão da carga viral, e por conseguinte, para a prevenção da transmissão vertical do HIV (OMS, 2022; UNAIDS, 2022). No entanto, a adesão terapêutica configura-se como um processo em constante mudança e com múltiplos factores individuais, psicológicos, sociais e contextuais (Grangeiro *et al.*, 2010). Neste contexto, as estratégias de *coping* assumem particular relevância, e no contexto das mulheres grávidas em TARV, constituem um mecanismo fundamental de adaptação às múltiplas exigências impostas simultaneamente pela gravidez, pelo diagnóstico da infecção e pelo seguimento do tratamento antirretroviral.

Embora exista um corpo crescente de investigação sobre HIV/SIDA em mulheres moçambicanas, a maioria dos estudos tem privilegiado factores associados à prevenção da infecção, como os comportamentos sexuais de risco, a confiança para a negociação do uso do preservativo e o impacto de intervenções psicossociais (Patrão & McIntyre, 2017; Patrão *et al.*, 2023). Observa-se, contudo, uma lacuna na literatura referente a exploração sobre as estratégias de *coping* adoptadas por mulheres grávidas em tratamento anti-retroviral e da sua relação com a adesão ao TARV, especialmente em contextos urbanos como a cidade da Matola.

Deste modo, este estudo objectiva analisar as estratégias de *coping* adoptadas por mulheres grávidas em tratamento anti-retroviral em unidades sanitárias seleccionadas da cidade da Matola e examinar a sua relação com a adesão ao tratamento.

2. Problema

Apesar dos avanços preventivos e terapêuticos, o HIV/SIDA, permanece, nos dias de hoje, uma epidemia alarmante, sobretudo em nações pobres e emergentes, o que constitui um obstáculo significativo ao progresso económico e social global. Hoje em dia, afecta principalmente adultos jovens, justamente na fase de maior produtividade tanto no trabalho quanto na vida reprodutiva (Araújo, 2008).

Em 2022, aproximadamente 4 mil jovens mulheres e meninas contraíram HIV a cada semana em todo mundo. Isso destaca a vulnerabilidade contínua dessa população, especialmente na África Sub-sahariana, onde as mulheres e meninas são desproporcionalmente afectadas (UNAIDS, 2023). Esta situação é particularmente alarmante, pois o risco concreto de transmissão viral ao feto, denominado transmissão vertical (TV), é passível de ocorrer ao longo do período gestacional.

Quando a gravidez ocorre em simultâneo com a infecção pelo HIV, surgem vários desafios para a gestante e os seus familiares, com ênfase especial nas acções desenvolvidas para assegurar a prevenção da transmissão vertical do vírus. Em 2022, estimou-se que 1,3 milhões de mulheres grávidas HIV positivas deram à luz globalmente, e cerca de 130.000 crianças foram infectadas por transmissão vertical (UNAIDS, 2022). Na África Sub-sahariana, 95.000 crianças contraíram o HIV por transmissão vertical (OMS, 2022). Em Moçambique, com a expansão do programa de prevenção da transmissão vertical (PTV), a taxa de transmissão caiu para cerca de 8% em 2022, mas ainda está acima da meta global de menos de 5% (INS, 2022).

Durante o período gestacional, a utilização consistente da terapia antirretroviral (TARV) e a consequente supressão da carga viral materna representam a intervenção mais eficaz para evitar a transmissão do HIV da mãe para o filho. No entanto, a literatura e a prática clínica revelam que seguir rigorosamente o regime terapêutico prescrito constitui um

desafio significativo para muitas mulheres, situação que persiste e pode ser ainda mais complexa no âmbito do pré-natal (Faria *et al.*, 2014).

Penn (2001) salienta que o diagnóstico de HIV/SIDA pode evocar, nos pacientes particularmente nas gestantes e em seus familiares, a percepção de redução da expectativa de vida. Além disso, a autora destaca que o receio de uma possível incapacidade progressiva, a incerteza em relação ao futuro e o temor de perdas sucessivas tendem a constituir preocupações constantes na vivência dessas pessoas. Ainda na mesma perspectiva, o autor acrescenta que estas reacções podem interferir na aceitação do diagnóstico, como a doença é vivenciada, a procura dos serviços de saúde, angústia, a comunicação e revelação do diagnóstico no núcleo da família e a adesão ao tratamento. Assim, na perspectiva de reduzir o sofrimento psicológico das mulheres diagnosticadas e vivendo com HIV/SIDA oriundo de todas as dificuldades relacionadas a essa doença, é necessário desenvolver estratégias de enfrentamento. No entanto, esse aspecto é muitas vezes negligenciado, sendo atribuídos outros factores como determinantes para a adesão ao TARV, sem considerar o papel crucial das estratégias de *coping* que são adoptadas pelas mulheres.

Questão de Partida

- ***Qual é a relação entre as estratégias de coping adoptadas por mulheres grávidas em tratamento anti-retroviral e a adesão ao tratamento?***

3. Hipóteses

H0: Não existe nenhuma relação entre as estratégias de *coping* adoptados por mulheres grávidas em TARV e a adesão ao tratamento;

H1: Existe relação entre as estratégias de *coping* adoptados por mulheres grávidas em TARV e a adesão ao tratamento.

4. Objectivos

4.1. Objectivo Geral

- Relacionar as estratégias de *coping* adoptadas por mulheres grávidas em TARV e a adesão ao tratamento.

4.2. Objectivos Específicos

- Descrever os dados sócio-demográficos e clínicos das mulheres em TARV e sua relação com as estratégias de *coping*;
- Identificar as estratégias de *coping* adoptadas pelas mulheres grávidas em seguimento TARV;
- Definir as estratégias de *coping* adoptadas pelas mulheres grávidas e a sua relação com a adesão ao TARV.

5. Revisão da Literatura

5.1. Conceitos Chave

a) *Coping*

De acordo com Antoniazzi *et al.*, (1998), o *coping* pode ser entendido como um conjunto de estratégias mobilizadas pelos indivíduos com o propósito de se ajustarem e responderem a situações adversas. Na mesma linha teórica, Richard Lazarus e Susan Folkman (1984) definem o *coping* como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais acionados pelos indivíduos para enfrentar demandas específicas internas ou externas que emergem em contextos de stress e que são percebidas como excedendo ou ameaçando os seus recursos pessoais. Segundo estes autores, trata-se de um processo dinâmico que resulta da interação contínua entre a pessoa e o ambiente, envolvendo necessariamente a avaliação subjectiva da situação, isto é, a forma como o acontecimento é interpretado, e cognitivamente elaborado pelo indivíduo. Nesta senda percebemos que o *coping* é a capacidade que o indivíduo tem de buscar força interna para lidar com variadas situações stressantes que advêm e que sobrecarregam o mesmo.

b) Tratamento Anti-Retroviral

O tratamento anti-retroviral (TARV) é um conjunto de terapias que utilizam medicamentos anti-retrovirais para controlar a infecção pelo vírus do HIV. O objectivo principal do TARV é reduzir a concentração viral no organismo, restaurar a contagem de CD4 e melhorar a vida dos pacientes (Smith & Rivera, 2019). O TARV visa diminuir os níveis de RNA do HIV no sangue a um ponto indetectável, geralmente abaixo de 20 a 50 cópias/mL²⁴, aumentar a contagem de células CD4, que são cruciais para o sistema imunológico, ajudando o corpo a combater infecções. Ademais, pacientes em seguimento com quantificação viral indetectável não transmitem o vírus sexualmente, um conceito conhecido como "indetectável é igual a intransmissível".

c) Adesão ao Tratamento

Processo dinâmico influenciado por vários factores que abrange aspectos fisiológicos, psicossociais, culturais e comportamentais, que requer decisões compartilhadas e co-responsabilizadas entre a pessoa que vive com HIV, a equipa de saúde e a rede social (Grangeiro *et al.*, 2010). De acordo com Brannon e Feist (1997), a adesão terapêutica pode

ser vista como um comportamento ligado à saúde e à doença. Entender o que motiva as pessoas a seguir ou ignorar as orientações médicas pertence ao campo da psicologia da saúde, onde o termo "não adesão" descreve classicamente a incapacidade de cumprir as prescrições clínicas. A partir dessa definição, percebe-se que a adesão vai além de simples desvios no plano terapêutico. Ela inclui ações como faltar a consultas, esquecer doses de remédios, tomar a mais ou no horário errado, desconhecer os nomes dos medicamentos, interromper o tratamento precocemente, além de outros pontos. Envolve também o seguimento de hábitos saudáveis indicados pelos profissionais, como alimentação equilibrada, prática regular de exercícios, moderação no álcool, evitar tabagismo e gerenciar o stress.

Leite e Vasconcelos (2003), referem que o conceito de adesão deve ser visto em duas perspectivas, a primeira o foco reside no paciente e a segunda em factores externos a ele. Quando o foco é no paciente, o centro é o seu papel no processo de adesão, assim, importa compreender seus valores e crenças em relação à saúde, à doença e ao tratamento. Quando o foco é externo ao paciente, precisamos de trabalhar com aspectos como o medicamento, a doença, a relação médico-paciente e equipe de saúde, serviço de saúde bem como o papel da família e a rede social de apoio.

d) Mulher Grávida

A concepção de uma mulher grávida é abordada de diversas maneiras por diferentes autores, reflectindo a complexidade da experiência da gravidez e suas implicações emocionais, sociais e psicológicas (Vilar, 2021). A mulher grávida, também conhecida como gestante, é aquela que está passando pelo período de gravidez, que começa com a fecundação e se estende até o nascimento do bebé. Este processo dura, em média, cerca de 40 semanas, ou aproximadamente nove meses (Rezende & Montenegro, 2020). De acordo com Aragão (2006), o caminho para a gravidez e a maternidade começa bem antes da concepção propriamente dita.

Ele surge das primeiras experiências relacionais e identificações da mulher, avança pela brincadeira infantil, pela fase adolescente, pelo anseio por um filho e chega à gestação em si. Nesse percurso, influenciam ainda elementos transgeracionais e culturais, ligados às expectativas sobre o papel de uma menina e de uma mulher, tanto no âmbito familiar quanto

no contexto social mais amplo (Piccinini, 2008). A gravidez marca uma fase de profunda reorganização na existência da mulher e nas funções que ela desempenha. Trata-se de um tempo de mudanças intensas no corpo e na mente, que impactam sua rotina social, relações familiares e trajetória profissional (Brandão *et al.*, 2008).

Diversos autores enxergam a gestação como uma etapa de maturação psicológica rumo à maternidade, período em que essa identidade materna vai se formando. Piccinini (2008) citando Maldonado (1997) afirma que a gravidez é um momento de importantes reestruturações na vida da mulher e nos papéis que esta exerce. A transição para a maternidade exige que a mulher reformule a sua identidade, deixando para trás o papel exclusivo de filha para assumir o de mãe, num processo que frequentemente a leva a revisitar as suas próprias vivências anteriores.

Este período de transformação impõe, ainda, a necessidade de renegociar a dinâmica conjugal, reavaliar a sua condição socioeconômica e reorganizar a sua vida profissional. De acordo com Bibring e Valenstein (1976), A gravidez envolve mudanças intensas em diversas dimensões biológico, corporal, psicológico e relacional configurando-se como uma vivência ímpar e de grande intensidade emocional, com repercussões significativas tanto na estrutura psíquica individual quanto no conjunto das interações sociais da mulher.

5.2.A Vivência da Maternidade em Mulheres com HIV

A trajetória da epidemia de HIV/SIDA evidenciou, ao longo das últimas décadas, transformações significativas no seu perfil epidemiológico, particularmente no que se refere à distribuição por gênero. Dados históricos indicam que, em 1987, a razão de casos entre homens e mulheres era de 11 para 1, proporção que se alterou substancialmente para 2 homens para cada mulher em 2006. Esta mudança no padrão da epidemia não apenas revelou as profundas desigualdades sociais que atravessam as relações de gênero, como também contribuiu para que o HIV se propagasse de forma mais intensa e, em certa medida, silenciosa entre a população feminina (Moura *et al.*, 2012).

Com a reconfiguração do perfil das pessoas que vivem com HIV e recorrem aos serviços de saúde, emergiram novas questões clínicas e sociais, destacando-se a preocupação

com a transmissão vertical do vírus (UNAIDS, 2023). Este cenário trouxe para o centro do debate a necessidade de se discutir, de forma aprofundada, a maternidade, a gestação e o parto entre mulheres seropositivas. Actualmente, assiste-se a um reconhecimento crescente, em escala global, da vulnerabilidade específica de raparigas adolescentes e mulheres jovens ao HIV e ao desenvolvimento da SIDA (Batitucci, 2022). No contexto da África subsahariana, esta vulnerabilidade traduz-se em números expressivos: em 2020, as mulheres representaram um quarto (25%) dos novos diagnósticos de HIV. Este fenómeno encontra explicação num conjunto complexo de factores, entre os quais se incluem as relações sexuais com parceiros mais velhos, a exposição à violência e coerção sexual, as normas de género tradicionais e o início precoce da vida sexual. Em resposta a esta realidade, alguns países passaram a integrar esta população nas estratégias biométricas de prevenção, nomeadamente através da oferta da profilaxia pré-exposição (PrEP) (Batitucci, 2022).

Para as mulheres que vivem com HIV, a experiência da maternidade reveste-se de significados múltiplos e complexos, fortemente influenciados pelo contexto em que cada mulher se insere (Machado *et al.*, 2010). A investigação tem demonstrado que a gestação, quando ocorre neste contexto, pode desencadear transformações profundas na vida destas mulheres. Por um lado, pode constituir um factor promotor de uma maior adesão ao tratamento; por outro, traz consigo um conjunto de novas preocupações, designadamente o receio da transmissão do vírus ao filho ou ao companheiro, o medo associado à revelação do diagnóstico a familiares e pessoas próximas, e a incerteza em relação ao futuro. Um estudo realizado em Ribeirão Preto, em 2005, procurou compreender como as mães seropositivas percebem a severidade da infecção, tendo concluído que, durante o período gestacional, a condição de seropositividade representa uma fonte adicional de preocupação e sobrecarga emocional, intimamente ligada à possibilidade de transmissão do vírus ao bebé (Neves, 2005).

Numa linha complementar, a investigação conduzida por Araújo (2008) junto de gestantes com HIV revelou que, após o diagnóstico e ao longo do acompanhamento com TARV, estas mulheres, mesmo quando confrontadas isoladamente com a situação, tendem a desenvolver, progressivamente, mecanismos próprios para lidar com a nova realidade que se lhes impõe. A fé em Deus e a negação surgem, neste contexto, como estratégias

recorrentemente mobilizadas para suportar o sofrimento decorrente do diagnóstico, padrão igualmente identificado noutros estudos com populações semelhantes.

A análise de Araújo (2008) permitiu ainda identificar duas experiências subjectivas distintas entre as gestantes: de um lado, aquelas que vivenciam sentimentos de angústia, dor, desesperança e culpa, numa busca incessante por respostas que possam explicar a razão de tanto sofrimento; do outro, mulheres que, apesar das adversidades, manifestam momentos de firmeza, fortaleza e coragem para prosseguir a luta diária. Esta dualidade revela como as formas de enfrentamento se aproximam, em muitos aspectos, do modo como cada mulher, na sua singularidade, lida com as dificuldades da vida. Importa ainda sublinhar que muitas destas mulheres não dispõem de uma rede de apoio com quem possam partilhar sequer os problemas do quotidiano, o que torna ainda mais significativo o facto de encontrarem forças para lutar, movidas, acima de tudo, pelo desejo profundo de que o filho nasça com saúde.

5.3. Factores Psicossociais de Protecção e de Risco Associados à Adesão ao Tratamento do HIV/SIDA

De acordo com Friedman e Linkin (2017), o uso de medicamentos anti-retrovirais tem diminuído de forma expressiva as taxas de complicações e óbitos entre indivíduos com infecção pelo HIV. No entanto, Sweeney e Venable (2016) destacam que, apesar dos progressos notáveis nessa área, as pessoas com HIV/SIDA continuam enfrentando obstáculos intensos que dificultam a aceitação da condição e o compromisso consistente com o regime terapêutico antirretroviral. Adicionalmente, receber um diagnóstico de HIV exige adaptações individuais e suporte ambiental para lidar com as transformações impostas pela doença. O estigma ligado ao HIV interfere no acesso aos serviços de saúde e no equilíbrio emocional dos afectados, comprometendo os benefícios da terapia anti-retroviral (Remore *et al.*, 2016).

Como a infecção pelo HIV permanece sem cura, o sucesso do controle depende inteiramente da manutenção vitalícia do tratamento. Por isso, mapear os impedimentos à adesão é essencial para promover resultados positivos na gestão do cuidado pelo próprio paciente (Ribeiro, 2021). Há indícios de que o manejo da HIV/AIDS pode provocar respostas emocionais intensas, demandando intervenções específicas, como no tratamento de transtornos de ansiedade generalizada ou depressão (Calvetti *et al.*, 2014). Esses autores

associam os sinais de ansiedade em pacientes com HIV a incertezas sobre o curso da infecção ou do quadro clínico, além de temores relacionados à dor, ao declínio físico e mental, e à eventual morte (Ribeiro, 2021).

Carvalho *et al.*, (2019) analisam o contexto da terapia anti-retroviral (TARV) sob a óptica de influências favoráveis e desfavoráveis. Dentre as negativas, sobressaem o mal-estar psicológico, a aflição, o stress, experiências de violência e condições como depressão, pânico, stress pós-traumático e exagero na percepção da dor. Já as influências positivas englobam a percepção de competência pessoal, motivação e atitudes proactivas, convicções individuais, estratégias de superação e resiliência, além de um senso elevado de bem-estar. Para explorar esses elementos psicossociais, é crucial compreender sua ligação com práticas de auto-cuidado em saúde. Beck e Alford (2009) explicam que a depressão frequentemente surge de visões pessimistas sobre a doença e sensações de impotência, as quais enfraquecem o impulso para o autocuidado e abalam a crença na capacidade de gerir as exigências terapêuticas.

Calveti *et al.*, (2014) observam que quadros de ansiedade e depressão agravam a interrupção do tratamento antirretroviral, afectando o funcionamento imunológico, reduzindo a defesa orgânica, elevando a replicação viral e acelerando a evolução para o SIDA, com conseqüente piora na qualidade de vida. Pesquisas indicam que indivíduos com depressão ou ansiedade generalizada apresentam risco dobrado de desistência terapêutica em comparação àqueles sem esses quadros emocionais. A auto-estima reduzida em pessoas com HIV relaciona-se a impactos adversos da convivência com a infecção, como o retraimento social e afectivo. Inversamente, uma auto-estima robusta promove uma visão positiva de si, embora possa gerar ilusões de imunidade por excesso de optimismo (Castrighini *et al.*, 2013). Além disso, relações sociais positivas fortalecem o auto-respeito e a confiança pessoal, atenuando o peso do estigma (Calveti *et al.*, 2014).

Um aspecto central nos factores psicossociais é o suporte social. Esse recurso ajuda indivíduos com condições crónicas, a exemplo do HIV, a se ajustarem à realidade da doença, amortecendo os efeitos de preconceitos e exclusões, o que favorece a adesão ao tratamento e eleva o bem-estar geral. O suporte social também facilita o manejo de transições, alivia sintomas ansiosos e melhora a percepção subjectiva da existência (Ribeiro, 2021). Araújo,

Lobo, Santos e Sampaio (2017), em pesquisa sobre resiliência entre pessoas com HIV, constataram que redes de apoio mais extensas abrangendo não só a família, mas também grupos comunitários fomentam maior resistência, por meio de maior acesso a mecanismos psicológicos protectores contra desafios. Complementarmente, Seidl *et al.*, (2007) enfatizam que a expectativa de auto-eficácia definida como a convicção na própria capacidade de planejar e realizar acções para alcançar objectivos, como hábitos preventivos ou adesão terapêutica correlaciona-se directamente com maior fidelidade ao regime anti-retroviral.

5.4.Aspectos Emocionais da Gestação com Infecção por HIV/AIDS

A gravidez em mulheres seropositivas para HIV desencadeia um turbilhão emocional único, marcado por diagnósticos inesperados e confrontos profundos com a doença (Magalhães *et al.*, 2002). Muitas gestantes recebem a notícia da seropositividade durante o pré-natal, sem suporte adequado, o que provoca choque emocional severo e sensação de isolamento (Misuta *et al.*, 2008; Kwalombota, 2002). A revelação para parceiros e familiares gera ansiedade intensa, alimentada pelo temor de estigma social e rejeição, frequentemente mantido em segredo até a gestação forçar o disclosure (Varga, Sherman & Jones, 2005).

Mulheres vivenciam culpa avassaladora por expôr o feto ao risco e pavor da transmissão ou perda infantil, contrastando com o ideal maternal de protecção vital (D'Auria, Christian & Miles, 2006; Carvalho & Piccinini, 2006). Essas contradições, medo da morte do bebé versus empoderamento gerador de vida, criam paradoxos emocionais que intensificam o sofrimento psíquico ao longo da gestação e pós-parto (Faria, 2008; Gonçalves & Piccinini, 2007). Contrariando adversidades, a maternidade frequentemente sobrepõe-se à seropositividade, restaurando o propósito vital e motivando auto-cuidado em prol da criança, que se torna símbolo de esperança e resiliência (Faria, 2008).

5.4.1. Alterações Psicológicas e Emocionais frente ao HIV e SIDA

Salvo situações em que o HIV ou SIDA danificaram estruturas cerebrais, Remor (1999) argumenta que a infecção em si não gera obrigatoriamente mudanças psicológicas nos indivíduos afectados. Ainda assim, reconhece perturbações afectivas documentadas empiricamente desde a suspeita de contágio, passando pelo diagnóstico confirmado, até a adaptação diária à seropositividade conforme evidenciam (McKusick, 1998).

A partir da descrição feita por Kübler-Ross (1993) das seis fases das reacções psicológicas presentes em doentes com cancro e terminais, autores como Mittag (1996) e Ross (1990), adaptaram as mesmas em pacientes em situação de seropositividade e complicações de SIDA. Estes autores concluíram que se devem com maior probabilidade ao estigma associado a SIDA do que com a morte, chamam atenção ao facto de elas não ocorrerem necessariamente de forma gradual, podendo algumas desaparecer durante a adaptação e convivência com o HIV e SIDA. As fases são:

- Choque Emocional (caracterizado por respostas de inibição ou de grande intensidade emocional, relacionados com as ideias negativas sobre SIDA, a preocupação com o parceiro ou família, em face do eventual sofrimento para eles)
- Negação (tentativa de negar a evidência mediante mecanismos de evitação - fuga com finalidade de adaptar-se à nova situação)
- Agressividade (estados cólera e ira dirigidos a si ou a outros, angústia, etc.) - Pacto (buscar soluções a doença para "atrasar a morte")
- Depressão (tristeza, ansiedade, angústia, crise, reacção natural ao medo da doença)
- Aceitação (quando o sujeito consegue vencer a angústia da morte, e inclusive superar sentimentos de desamparo, sensação de estar indefeso, dependência, etc.)

A ansiedade e a depressão são comuns durante a evolução da infecção por HIV e SIDA. Estas duas reacções aparecem no sujeito como respostas adaptativas e de aviso ao organismo para que mude o seu ambiente ou a si mesmo. Na primeira, o organismo do indivíduo se activa para enfrentar ou dar resposta de ataque/fuga frente à ameaça percebida, conseqüentemente, há aumento da tensão muscular, incremento do ritmo cardíaco e da taxa respiratória. A segunda, surge quando o indivíduo percebe que o seu meio, ele mesmo e o seu futuro, apresentam apenas possibilidades negativas e ausência de prazer, ou ainda sente que não tem apoio nem suporte de ninguém, por via disso o estado de ânimo fica comprometido, experimenta sensação de tristeza profunda e apatia, perda de autonomia, sentimentos de culpa, etc (Comissar, 2015).

A este respeito, Garcia-Huete (1993) acrescenta que a ansiedade e a depressão surgem como estratégias do sujeito frente à perda da saúde, pessoas significativas das suas relações, o trabalho ou a escola bem como a sua própria vida. Além disso, a visão de si mesmo, sua auto-estima, se vêem alteradas, uma vez que podem surgir sentimentos de culpa por haver contraído a doença.

De acordo com Bayés, (1995) os estados prolongados de ansiedade ou depressão podem bloquear a capacidade de resposta do sujeito, sua capacidade para adaptar-se ao meio e dar respostas mais eficazes frente a situação, isso pode levar a que não observe o seguimento dos tratamentos médicos, cuidado da própria saúde, etc. Alguns autores citados por Remor (1999), Ader e Cohen (1981); Antoni, Schneiderman, Fletcher e Goldstein (1990); Bayés (1988 e 1990) e Remor (1997), evidenciam a associação entre situações de stress, ansiedade e depressão com a diminuição da resposta imunológica.

5.5. *Coping* e o HIV/SIDA

A investigação sobre as estratégias de *coping* tem merecido atenção crescente por parte de estudiosos que procuram compreender como os indivíduos respondem psicologicamente a acontecimentos adversos e de que modo essas respostas influenciam a sua experiência subjectiva face ao sofrimento (Dell’Aglia & Hutz, 2002). Neste âmbito, a literatura especializada distingue duas grandes categorias de enfrentamento: as estratégias centradas no problema, que envolvem acções orientadas para a modificação da fonte de stress, e as estratégias centradas na emoção, que visam regular o desconforto emocional decorrente da situação stressante (Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001). A estas, acrescenta-se uma terceira dimensão, proposta por Antoniazzi, Dell’Aglia e Bandeira (1998), que se refere ao enfrentamento focado nas relações interpessoais, traduzido na procura de suporte junto da rede social como forma de lidar com as adversidades (Resende *et al.*, 2008). A activação destes mecanismos visa, entre outros aspectos, a redução da tensão e a preservação do equilíbrio físico, psicológico e relacional do sujeito.

De acordo com Sousa et al. (2011) na atualidade as doenças crónicas têm um grande impacto na saúde a nível mundial representando, nos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento, uma considerável sobrecarga económica dos serviços de saúde, o que

constitui um enorme desafio para os profissionais da área, no sentido de identificar novas estratégias de atuação.

Ao considerar a doença crónica como um evento stressor, a forma como ela é percebida pela pessoa (dependendo das suas representações de doença) e as estratégias que adota face à nova situação de saúde, influenciam os comportamentos de adesão e, conseqüentemente, o controlo da patologia, o que se poderá refletir no seu bem-estar e qualidade de vida. Estudos encontrados sugerem que estratégias de coping do tipo confrontativo, predominantemente focadas no problema, promovem a adesão ao regime terapêutico. Algumas variáveis sociodemográficas poderão interferir no processo de coping adotado e, conseqüentemente, nos comportamentos de adesão.

No contexto específico das doenças crónicas, nomeadamente da infecção pelo HIV, a relação entre variáveis psicossociais e a evolução clínica tem sido objecto de estudo. Ulla e Remor (2002) reuniram evidências que apontam para a inter-dependência entre o sistema imunitário, o sistema nervoso e factores como o stress, as estratégias de enfrentamento e o suporte social, sugerindo que estas dimensões podem influenciar significativamente a progressão da infecção (Resende *et al.*, 2008). Este entendimento é partilhado por Folkman e Greer (2000) e Parker e Aggleton (2003), que defendem que o conhecimento aprofundado sobre os modos como as pessoas enfrentam o HIV/SIDA é fundamental para a concepção de programas de intervenção psicológica e de estratégias de prevenção e promoção da saúde, com vista a reduzir a propagação da epidemia e a minimizar o seu impacto psicossocial.

A investigação desenvolvida por Faria (2004) reforça esta perspectiva ao explorar as relações entre religiosidade, estratégias de enfrentamento e bem-estar subjectivo em pessoas que vivem com HIV. O autor sublinha a relevância de estudar estas dimensões, uma vez que a seropositividade acarreta não apenas implicações clínicas, mas também profundas repercussões sociais e emocionais, frequentemente geradoras de sofrimento psíquico. No seu estudo, realizado com adultos entre os 21 e os 60 anos em acompanhamento ambulatorial, procurou identificar em que medida variável como a escolaridade, o estado de saúde e diferentes formas de enfrentamento incluindo o religioso predizem a ocorrência de afectos positivos e negativos.

Os resultados revelaram que a maioria dos participantes possuía crenças religiosas e que 90% consideravam a religiosidade como um recurso útil para lidar com os problemas de saúde. As estratégias de *coping* mais utilizadas foram, por ordem decrescente, o enfrentamento centrado no problema, a prática religiosa, a procura de suporte social e, por último, as estratégias focadas na emoção. Verificou-se ainda uma prevalência de afectos positivos em relação aos negativos, bem como um recurso mais frequente a formas positivas de enfrentamento.

Sousa *et al.*, (2011) dizem que as estratégias de coping adotadas interferem diretamente nos comportamentos de adesão, sendo que estratégias de coping do tipo ativo, focadas no problema, estarão relacionados com maiores níveis de adesão, enquanto as do tipo mais passivo, focadas na emoção, estarão associadas a menores níveis de adesão. Os autores acrescentam que o stress, as estratégias de coping e a adaptação à doença, especialmente no que respeita à doença crónica, são aspetos que estão fortemente interligados e que influenciam, e são influenciados, pela adesão ao regime terapêutico, pelo que entender como as estratégias de coping interferem no contínuo saúde/doença, permite aumentar o conhecimento e a performance na intervenção, ajudando as pessoas a aperfeiçoar as suas competências de coping e melhorar os seus comportamentos de autocuidado e, portanto, gerir a sua situação de saúde.

O estudo do *coping* em populações com HIV/SIDA revela-se, assim, promissor para a compreensão dos mecanismos que podem funcionar como factores de protecção ou, pelo contrário, como indicadores de vulnerabilidade ao sofrimento psicológico e à incapacidade. Esta linha de investigação contribui para identificar que tipos de estratégias são mais eficazes na promoção do bem-estar subjectivo destes indivíduos (Resende *et al.*, 2008). O conhecimento gerado a partir destes estudos permite ainda fundamentar decisões mais informadas no domínio das intervenções educativas e sociais, quer no âmbito da prevenção, quer no acompanhamento de pessoas que vivem com HIV/SIDA, favorecendo respostas mais ajustadas às suas reais necessidades psicossociais.

5.6. Predictores da Adesão ao Tratamento no Contexto do Pré-natal

Os preditores da adesão ao tratamento durante o pré-natal abrangem factores individuais, sociais e de acesso aos serviços de saúde, especialmente em gestantes vivendo com HIV, onde a terapia antirretroviral (TARV) é essencial para prevenir a transmissão vertical (Leal *et al.*, 2014; Management Sciences for Health, 2022). Estudos indicam que o início precoce do pré-natal e o suporte emocional fortalecem a adesão, enquanto barreiras como estigma e dificuldades logísticas a comprometem (Leal *et al.*, 2014; Management Sciences for Health, 2022).

Escolaridade elevada e idade materna acima de 24 anos atuam como preditores positivos da adesão à TARV em gestantes, pois facilitam a compreensão das orientações clínicas e aumentam a motivação pessoal (Leal *et al.*, 2014; Santos *et al.*, 2020). Primigestas apresentam maior probabilidade de completar pelo menos quatro consultas pré-natais em comparação com multigestas, influenciadas por maior conhecimento sobre a importância do acompanhamento gestacional (Santos *et al.*, 2020). Além disso, alfabetização em saúde materna e empoderamento pré-natal predizem diretamente a adesão, explicando variações significativas no comportamento de cuidado (García *et al.*, 2026).

O apoio emocional percebido emerge como predictor chave, associado a cargas virais indetectáveis e maior número de consultas realizadas, promovendo resiliência frente aos desafios da gravidez com HIV (Leal *et al.*, 2014). A revelação do status sorológico ao parceiro e o envolvimento familiar favorecem a iniciação e retenção na TARV, contrastando com o medo de estigma que inibe a adesão em contextos africanos (Management Sciences for Health, 2022; Guambe *et al.*, 2019). Em Moçambique, o estigma de gênero agrava a não adesão, reforçando a necessidade de redes de apoio comunitário (Guambe *et al.*, 2019).

Início tardio do pré-natal e da TARV, comum em adolescentes grávidas, eleva riscos de baixa adesão e transmissão vertical do HIV (Moyo *et al.*, 2022). Maior frequência de consultas pré-natais correlaciona-se com adesão superior, pois oferece monitoramento regular e educação contínua (Oliveira, 2023). Barreiras estruturais, como distância dos serviços e atitudes negativas de profissionais, persistem na África Subsaariana, demandando integração de serviços materno-infantis (Management Sciences for Health, 2022; Moyo *et al.*, 2022).

Em cenários como Moçambique, factores socioeconômicos como renda baixa e falta de transporte agravam a baixa adesão pré-natal, apesar da disponibilidade de TARV gratuita (Moyo et al., 2022; Guambe *et al.*, 2019).

5.7. Impacto da infecção pelo HIV/aids na família e na experiência da maternidade

Conforme citado anteriormente, a vivência do estigma relacionado ao HIV/SIDA afecta de maneira incisiva as relações familiares, afectivas e sociais das mulheres portadoras do HIV/aids, atuando também sobre a sua percepção de identidade. Enquanto a doença permanece silenciosa, o principal desafio, em especial para as mulheres, é lidar com o impacto nas suas relações sociais e familiares. Embora o aumento do número de mulheres portadoras do HIV/SIDA tenha contribuído para pôr em cheque a concepção de grupos de risco, o SIDA permanece visto como algo distante, sendo que as mulheres portadoras do HIV tendem a usar inúmeras estratégias para afastar-se desse estigma, com o qual não se vêm identificadas (Knauth, 2001).

Segundo Knauth (1997), na tentativa de manter seu *status* social de "mulher de bem" e preservar sua identidade feminina junto à família e à comunidade, as mulheres portadoras de HIV/SIDA procuram não revelar a doença, negando a sua existência e mantendo sua vida sexual e reprodutiva sem alterações, bem como aumentando sua dedicação e cuidados aos filhos. Mesmo assim, manter a infecção em segredo pode trazer conflitos familiares e restrição da vida social, que se relacionam à quebra nos laços de intimidade e à diminuição das atividades sociais em função do encobrimento da doença (Seffner, 2001).

Embora o SIDA seja ainda incurável, a idéia de ser uma doença crónica passível de tratamento é hoje bastante aceita em grande parte, essa concepção foi promovida pelos efeitos dos ARVs, que melhoraram drasticamente a qualidade de vida dos portadores do HIV/SIDA, diminuindo a mortalidade e a ocorrência de doenças oportunistas. Assim, considerando a infecção pelo HIV/SIDA como uma condição crónica, é possível entender o seu impacto sobre a família, especialmente, quando esta se encontra em momentos de transição familiar importantes, como o nascimento dos filhos. Para o enfoque sistêmico, por exemplo, uma doença crónica é caracterizada como uma crise vital com efeitos significativos para as famílias (McDaniel, Hepworth, & Doherty, 1994).

Independentemente da doença crónica, a família é a principal fonte de apoio emocional e financeiro para a pessoa, sendo que as relações familiares precisam mobilizar-se em torno da situação. Para o portador de HIV/SIDA, a mesma condição existiria. A possibilidade de lidar com a doença de forma positiva estaria associada à percepção de apoio por parte de familiares e amigos da pessoa vivendo com HIV/SIDA, fazendo com que a revelação do diagnóstico fosse mais fácil (Austin, Luke, & DiFonzo, 2003). O estudo de Serovich, Kimberly, Mosack e Lewis (2001) com 24 norte-americanas portadoras do HIV/SIDA que responderam a escalas de apoio social e saúde mental revelou que, embora o suporte de amigos fosse mais acessível para elas, somente a percepção de apoio familiar se associou com menores níveis de depressão e sentimentos de solidão. Desse modo, os achados demonstraram que a resposta da família à infecção é importante para a saúde mental da pessoa infectada.

Num estudo com 40 mães portadoras do HIV/aids de grupos populares, Knauth (1997) revelou a estreita relação entre os mecanismos de enfrentamento da doença e o sistema de valores que estrutura o grupo social. Os achados da autora sustentam que o valor atribuído à família, em especial à rede consangüínea, aparece como elemento-chave para a compreensão da reação dos grupos populares à aids. Segundo a autora, apesar das restrições impostas pela infecção por HIV/SIDA à reprodução, a maternidade permanece um caminho para a concretização e consolidação de alianças, sendo que a percepção de risco de transmissão vertical é minimizada pelo *status* fornecido pelo nascimento de um filho. A família constitui-se na principal fonte de apoio das mulheres para contornar os desafios impostos pela infecção pelo HIV/SIDA, sendo que os laços familiares podem ser estreitados ou reatados em função da criança e da situação de doença da mãe. Assim, entende-se que a infecção atinge toda a rede familiar, que se sente no dever de tomar posição em face dessa ameaça. A autora ainda destaca, entre seus achados, que a família da mãe pode acusar o cônjuge pela sua infecção facto este que, por vezes, faz com que a mulher opte por não revelar o diagnóstico aos seus familiares.

Nesse sentido, os segredos em torno da infecção podem impor uma quebra nas relações de intimidade na família, prejudicando a obtenção de apoio. Estudos demonstram a sobrecarga em torno da revelação do diagnóstico dos pais, em especial, quando os filhos

atingem a idade escolar (Nelms, 2005). A revelação da doença dos pais aos seus filhos coloca em jogo a manutenção do segredo sobre a infecção e pode reacender ressentimentos e sentimentos de culpa e raiva relacionados com a história da infecção na família. A forma de infecção pelo HIV/SIDA pode trazer à tona situações dolorosas para os pais, como relacionamentos extraconjugais e história de uso de drogas. Acrescenta-se a isso o desejo dos pais de proteger a criança do estigma, da possibilidade de sua perda e de evitar que o filho seja vítima do isolamento social que eles tendem a experienciar (Ingram & Hutchinson, 1999).

Assim, o diagnóstico de infecção pode provocar diversas reações e mudanças na dinâmica familiar. O estudo de D'Cruz (2002) com sete famílias indianas em que pelo menos um dos pais era portador do HIV/SIDA identificou, através de entrevistas em profundidade, que, num primeiro momento, a aceitação do diagnóstico foi acompanhada de sentimentos de raiva e ressentimento, trazendo conflitos para a relação dos casais. Ao mesmo tempo, independentemente de o casal ser soro-concordante ou soro-discordante, relações de apoio, proteção e compaixão também estavam presentes. Nesse contexto, as freqüentes doenças oportunistas e as internações foram responsáveis pela diminuição da renda familiar e/ou perda do emprego dos pais. Foram verificadas mudanças de papéis na família, especialmente quando a doença já se manifestava no marido em condições mais graves de saúde. Nesse caso, as mulheres assumiam a responsabilidade pelo sustento da casa, sendo que os companheiros se sentiam desmoralizados e deprimidos por não trabalharem e estarem dependentes das esposas.

As pessoas portadoras do HIV/SIDA, em particular as mulheres, vivem uma situação única e singular, pois têm uma doença sexualmente transmissível e fatal; e, em sua maior parte, pertencem a grupos sociais marginalizados, em que há outros desafios, como a falta de recursos financeiros e a violência (Ciambrone, 2001). Diante desse cenário, a família pode representar, ao mesmo tempo, uma fonte de estresse e de apoio. Numa pesquisa com 135 famílias norte-americanas com mães portadoras do HIV/SIDA, sintomas de depressão estiveram relacionados com a piora na coesão e sociabilidade familiar (Murphy, Marelich, Dello Stritto, Swendeman, & Witkin, 2002). Tunala (2002) também apontou, num estudo com 150 mulheres brasileiras portadoras do HIV/SIDA, que a principal fonte de estresse

cotidiano para elas se encontrava no campo relacional-afetivo, com conflitos familiares e conjugais, além de preocupações com os filhos.

Segundo a autora, situações estressantes associadas com o adoecimento, tratamento e manejo clínico da doença correspondiam a apenas 14% das queixas das participantes de seu estudo. Na mesma direção, o estudo de Ciambrone (2001), que entrevistou 37 mulheres norte-americanas, mostrou que, apesar do trauma provocado pelo diagnóstico de infecção pelo HIV/SIDA, a maioria delas considerava que a doença não tinha sido o evento mais devastador em suas vidas. Em vez disso, atribuíam maior perturbação a situações de violência, separação dos filhos e uso de drogas. Ainda em concordância com esses achados, num estudo com 40 mães norte-americanas, Mellins *et al.* (2000) relataram que outros eventos negativos como morte de familiares e amigos, rompimento de relacionamentos, abuso, violência, pobreza e mudanças na saúde estariam associados a maior sofrimento psicológico e sintomas psiquiátricos em mães portadoras do HIV/SIDA.

No entanto, seria no mínimo reducionista pensar que a vida de famílias afetadas pela infecção por HIV/SIDA é constituída somente de dificuldades e problemas. É preciso considerar que essa situação traz, sim, muitos desafios aos pais, mas que a parentalidade pode trazer alegria e gratificação em meio a tantas adversidades causadas pela doença. Alguns autores têm defendido essa posição, alegando que a parentalidade pode trazer um novo sentido e tornar o tempo em família algo muito precioso para pais portadores do HIV/SIDA (Sherr & Barry, 2004). De acordo com Antle *et al.* (2001), em função de tal situação adversa, as famílias afetadas pelo HIV/SIDA passam a centrar seus esforços no cuidado e na criação dos filhos. Desse modo, fica evidente que o desafio para essas famílias é manter um senso de bem-estar e esperança para lidar com as mudanças imprevisíveis relacionadas à doença e ao tratamento. Em alguns casos, essa tarefa é facilitada pela resignificação positiva da parentalidade quando os pais se descobrem portadores do vírus.

Ao mesmo tempo, é importante lembrar que muitas vezes as mães portadoras do HIV/aids estão sozinhas em sua tarefa de criar os filhos e planejar o futuro da família. Essa situação é bastante comum, sendo atestada pelo grande número de mães solteiras ou divorciadas nos estudos revisados (Nelms, 2005). Para aquelas mães que não possuem uma rede familiar próxima, a principal preocupação provém da vulnerabilidade da criança e da

possibilidade de terem de deixar a criança aos cuidados de uma pessoa estranha que não pertença à família. Para elas, resistir à doença seria uma forma de garantir o cuidado do filho até que ele atinja a independência financeira. De facto, o exercício da maternidade constitui-se numa prática solitária e exclusiva para muitas mulheres portadoras do HIV/SIDA, tendo como pano de fundo o estigma que acompanha a infecção (Piccinini, 2006).

Um dos temas principais que se pode destacar quando se considera a maternidade em situação de infecção pelo HIV/SIDA são os efeitos e vivências paradoxais envolvidos nessa experiência. A metanálise realizada por Sandelowski e Barroso (2003) com estudos qualitativos norte-americanos indicou que a maternidade e a infecção pelo HIV/SIDA interagem provocando efeitos positivos e negativos ao mesmo tempo, exigindo a negociação desses fatores em prol da proteção da criança contra os efeitos da infecção e do estigma, bem como da manutenção de uma identidade materna positiva. Essa síntese revelou que a maternidade pode adicionar sobrecargas físicas, sociais e emocionais àquelas relativas à infecção pelo HIV/SIDA, mas também pode reduzir esses efeitos através da satisfação, da maior auto-estima e do suporte advindos da relação entre mãe e filhos. Quanto à sobrecarga psicológica, pode relacionar-se ao enfrentamento do diagnóstico e de seu estado de saúde, à revelação ou à manutenção do segredo sobre a doença e à incerteza quanto ao seu futuro e o dos filhos (Nelms, 2005).

As mulheres portadoras do HIV/SIDA que escolhem ter um filho são, muitas vezes, consideradas irresponsáveis e descuidadas por colocar a criança em risco. Nessa direção, parece haver uma tendência a negar o facto de que a vida sexual e reprodutiva dessas mulheres continua após a infecção, e a culpá-las quando ocorre uma gravidez (Nelms, 2005). Dessa maneira, se por um lado a maternidade poderia redimensionar positivamente a vida das mães que se descobrem infectadas, por outro, pode também trazer preocupações e sobrecargas adicionais. O estudo de Tompkins *et al.*, (1999) já mencionado mostrou que as mães tinham mais intimidade e proximidade com os filhos após o seu diagnóstico de infecção pelo HIV/SIDA, buscando ter com eles uma relação mais positiva. Além disso, a maternidade proporcionou-lhes um maior senso de competência. Alguns autores também acreditam que as mães portadoras do HIV/SIDA centralizam sua vida no papel materno, sendo que a criança

não afetada pelo HIV/SIDA simbolizaria a continuidade de seu legado pessoal e cultural, além da esperança de superar os próprios erros (Nelms, 2005).

Mesmo referindo as dificuldades trazidas pela infecção por HIV/aids no desempenho do papel materno, as mães tendem a considerar a relação com os filhos muito recompensadora, sentindo-se apoiadas e ajudadas por eles quando doentes (Van Loon, 2000). No estudo de Andrews *et al.* (1993), os filhos foram referidos como a principal fonte de apoio para as mães, denotando o forte vínculo mantido entre mães e filhos e, também, a solidão em que elas se encontravam. Assim, apesar das impossibilidades físicas trazidas por um quadro clínico de aids, muitas mulheres continuaram responsabilizando-se pelo cuidado dos filhos (Van Loon, 2000).

Em conseqüência da hostilidade social e da culpabilização experimentadas por muitas mulheres portadoras do HIV/SIDA em função do estigma, essas mães muitas vezes assumem um modelo de maternidade defensiva (Ingram & Hutchinson, 1999). A maternidade defensiva seria um processo psicológico a partir do qual as mães buscam proteger seus filhos e a si mesmas do estigma e da discriminação. Esse trabalho interno empreendido pelas mães incluiria três objetivos: impedir a transmissão da doença e do sofrimento envolvido; preparar os filhos para a perda futura da sua figura; assumir o controle dos próprios pensamentos, com vistas a se proteger de sentimentos e idéias negativas relacionadas à doença. As mães focalizariam seus esforços na criança, assumindo atitudes positivas em relação ao futuro dos filhos, colocando-se em segundo plano e desviando parcialmente o foco da infecção e de suas implicações. Sandelowski e Barroso (2003) cunharam o termo *maternidade virtual* para designar esse movimento das mães portadoras do HIV/SIDA na busca pela auto-preservação de sua identidade e proteção da criança. Porém, esses autores enfatizaram o processo subjacente de redefinição da identidade da mulher.

Ao longo desse processo, algumas mães não conseguiriam manter projetos pessoais não relacionados aos filhos, silenciando suas próprias necessidades e colocando o peso de toda a sua realização neles (Nelms, 2005). Mesmo que se entenda que essa pode ser uma estratégia das mães portadoras do HIV/SIDA para lidar com a possibilidade da própria morte e, conseqüentemente, de deixar os filhos, considera-se importante que estas mulheres retomem, de alguma maneira, outros objetivos afora aqueles ligados à criança.

As preocupações com o cuidado e com a guarda dos filhos após a sua morte também representariam uma inquietação adicional para as mães portadoras do HIV/SIDA (Nelms, 2005). Na procura por uma "nova família" para os filhos - diante da possibilidade de sua morte, algumas mães precisam lidar com conflitos familiares esquecidos, ou mesmo, em uma situação mais dramática, acionar órgãos civis de tutela para menores. Somam-se a isso a necessidade de proteger a criança da discriminação e a culpa experimentada por colocar o filho nessa situação e por privá-lo de sua presença e auxílio no futuro. A revelação do diagnóstico, inevitável em alguns contextos, é apontada por diversos estudos como fonte importante de estresse e sofrimento para mães portadoras do HIV/SIDA (Antle *et al.*, 2001; Bennetts *et al.*, 1999; Ingram & Hutchinson, 1999a; Nelms, 2005; Tompkins *et al.*, 1999). Tendo em vista as preocupações e sentimentos de culpa envolvidos, muitas mães entendem que sua tendência a serem mais tolerantes e complacentes com os filhos pode trazer a eles problemas de comportamento (Faithfull, 1997; Tompkins *et al.*, 1999). Outros autores acreditam que as mães se ressentem por acreditarem que os filhos estão perdendo a infância e amadurecendo rápido, enfrentando algo tão doloroso e precisando ajudá-las (Ingram & Hutchinson, 2000; Nelms, 2005).

6. Enquadramento Teórico

6.1.O Modelo de *Coping* de Folkman e Lazarus

Folkman e Lazarus postulam que a teoria do estresse e coping é uma estrutura para estudar o estresse psicológico. O modelo sustenta que o estresse é contextual, o que significa que se trata de um processo de relação entre a pessoa e o ambiente e que se transforma ao longo do tempo. Desse modo, ele é definido como uma situação avaliada pelo indivíduo como significativa e com demandas que excedem seus recursos para lidar com o respectivo evento (Folkman, 2010).

Lazarus e Folkman (1984) propõem ainda que as respostas ao estresse podem ser de formas acomodativas ou manipulativas. Na resposta manipulativa, o indivíduo tenta alterar sua relação com o acontecimento estressante, o que poderia consistir em modificar o contexto, afastar-se ou, de qualquer outro modo, deixar de estar na presença do estressor; ou ainda procurar informações acerca da situação de tal forma que a possa compreender e prever

acontecimentos relacionados a ela. Já na resposta acomodativa, ocorre uma inibição da ação diante do evento, impedindo o indivíduo de superar a adversidade ao acomodar-se à situação estressante através de sua reavaliação, alterando o ambiente interno por meio de medicamentos, álcool, relaxamento, mecanismos de defesa, meditação etc.

Na interação com o ambiente, inicialmente o indivíduo faz uma avaliação da situação esressora de forma cognitiva. Tal avaliação diz respeito ao processo cognitivo por meio do qual um evento é avaliado em relação ao que se está em jogo (avaliação primária) e que recursos e opções de enfrentamento estão disponíveis para lidar com o fator de estresse (avaliação secundária) (Folkman & Lazarus, 1980). A avaliação primária é o termo utilizado para definir a avaliação do significado atribuído pelas pessoas diante de uma situação de estresse. Ela é moldada por crenças pessoais, valores e objetivos. Já a avaliação secundária refere-se à avaliação que a pessoa faz de suas opções de enfrentamento.

Essas opções são determinadas tanto pela situação, por exemplo, se há oportunidades de controlar o resultado, quanto pelos recursos físicos, psicológicos, materiais e espirituais de enfrentamento do indivíduo. As duas formas de avaliação determinam se a situação é avaliada como um dano ou uma perda, uma ameaça ou um desafio (Folkman, 2010). Logo, para seleccionar as respostas que serão utilizadas para lidar com o evento estressor, a pessoa realiza a avaliação, a primária e a secundária. Na avaliação primária, é analisado se a circunstância é potencialmente prejudicial e ameaçadora, revelando quão importante esse evento é para o seu bem-estar. Se for compreendido como algo nocivo, o indivíduo inicia a avaliação secundária, na qual examina os recursos disponíveis para lidar com o respectivo evento (Snyder & Dinoff, 1999).

Caso o acontecimento seja considerado um evento estressante, inicia-se então um processo cognitivo de avaliação do agente estressor. Nesse caso, existem três tipos principais de avaliações realizadas: 1. Perda ou danos, que se refere ao dano que já ocorreu; 2. Ameaça, que se refere ao dano ou perda que ainda não ocorreu, mas é antecipado; e 3. Desafio, que se refere a uma oportunidade antecipada de domínio ou ganho. Sendo assim, o indivíduo pode avaliar uma situação estressora como causadora de dano, se esta for contra seus valores pessoais ou o impedir de atingir seus objetivos, resultando em prejuízo psicológico. Já a

ameaça é uma situação que antecipa o dano, ou seja, que ainda não ocorreu, mas é previsível (Snyder & Dinoff, 1999).

Contudo, ao contrário do dano, a ameaça permite organizar-se e preparar-se para o futuro. Nas situações de desafio, apesar de também serem stressantes, o indivíduo sente-se capaz de superá-las utilizando suas estratégias de enfrentamento de maneira eficaz. A ameaça e o desafio têm em comum a mobilização de estratégias de enfrentamento, mas, enquanto na ameaça o indivíduo foca no potencial lesivo da situação, gerando emoções negativas como ansiedade e medo, no desafio ele tenta pensar em estratégias para vencer o acontecimento, sendo acompanhado de sentimentos positivos. O grau em que uma pessoa experimenta o estresse psicológico, ou seja, o quanto se sente prejudicada, ameaçada ou desafiada, é determinado pela relação entre ela e o ambiente, uma vez que é definido tanto pela avaliação do que está em jogo quanto pela avaliação dos recursos de enfrentamento disponíveis (Folkman & Lazarus, 1980).

Devido à sua característica dinâmica, o processo de coping pode ser eficaz em uma determinada situação, mas não em outra, dependendo, por exemplo, em que medida a situação é ou não controlável. Dessa forma, o que poderia ser considerado um enfrentamento efetivo no início pode ser considerado ineficiente mais tarde ou diante de outro evento stressante (Folkman & Moskowitz, 2004). Lazarus e Folkman ressaltam também que os acontecimentos no decorrer da vida podem ser considerados benignos ou irrelevantes, não sendo necessária, nesses casos, uma resposta adaptativa especial.

Diante disso, o modelo de Folkman e Lazarus busca compreender o *coping* do ponto de vista das respostas cognitivas e comportamentais que as pessoas usam para gerenciar a angústia e resolver os problemas da vida diária que causam desconforto. A teoria coloca grande ênfase no papel da avaliação cognitiva na formação da qualidade da resposta emocional do indivíduo em uma relação pessoa-ambiente e as formas de lidar com o evento avaliado (Folkman & Moskowitz, 2004).

A teoria proposta envolve quatro conceitos principais: (1) *Coping* como um processo ou interação entre o indivíduo e o ambiente; (2) Com função de administrar a situação stressora, em vez de controlá-la ou dominá-la; (3) Processos de *coping* pressupondo a noção

de avaliação, ou seja, como o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado de forma mental pelo indivíduo; (4) Processo de *coping* constituído como uma mobilização de esforço, através da qual as pessoas irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar (reduzir, minimizar ou tolerar) as demandas internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente (Folkman & Lazarus, 1980).

Originalmente, a teoria de estresse e *coping* de Folkman e Lazarus propõe um modelo que divide o fenômeno em duas categorias funcionais: *coping* focalizado no problema e *coping* focalizado na emoção. Essa construção baseou-se em análises fatoriais que geraram dois fatores principais utilizados pelos pesquisadores para definir os dois tipos de estratégias (Antoniazzi *et al.*, 1998). O *coping* é visto nessa formulação como tendo duas funções principais: a regulação de emoções ou angústia (*coping* focalizado na emoção) e a gestão do problema que está causando o sofrimento (*coping* focado no problema). Ambas as formas são usadas em encontros mais stressantes, e as proporções relativas de cada tipo variam de acordo com a maneira como o encontro é avaliado (por exemplo, como tendo potencial de controle ou como não passível de controle) (Folkman & Lazarus, 1980).

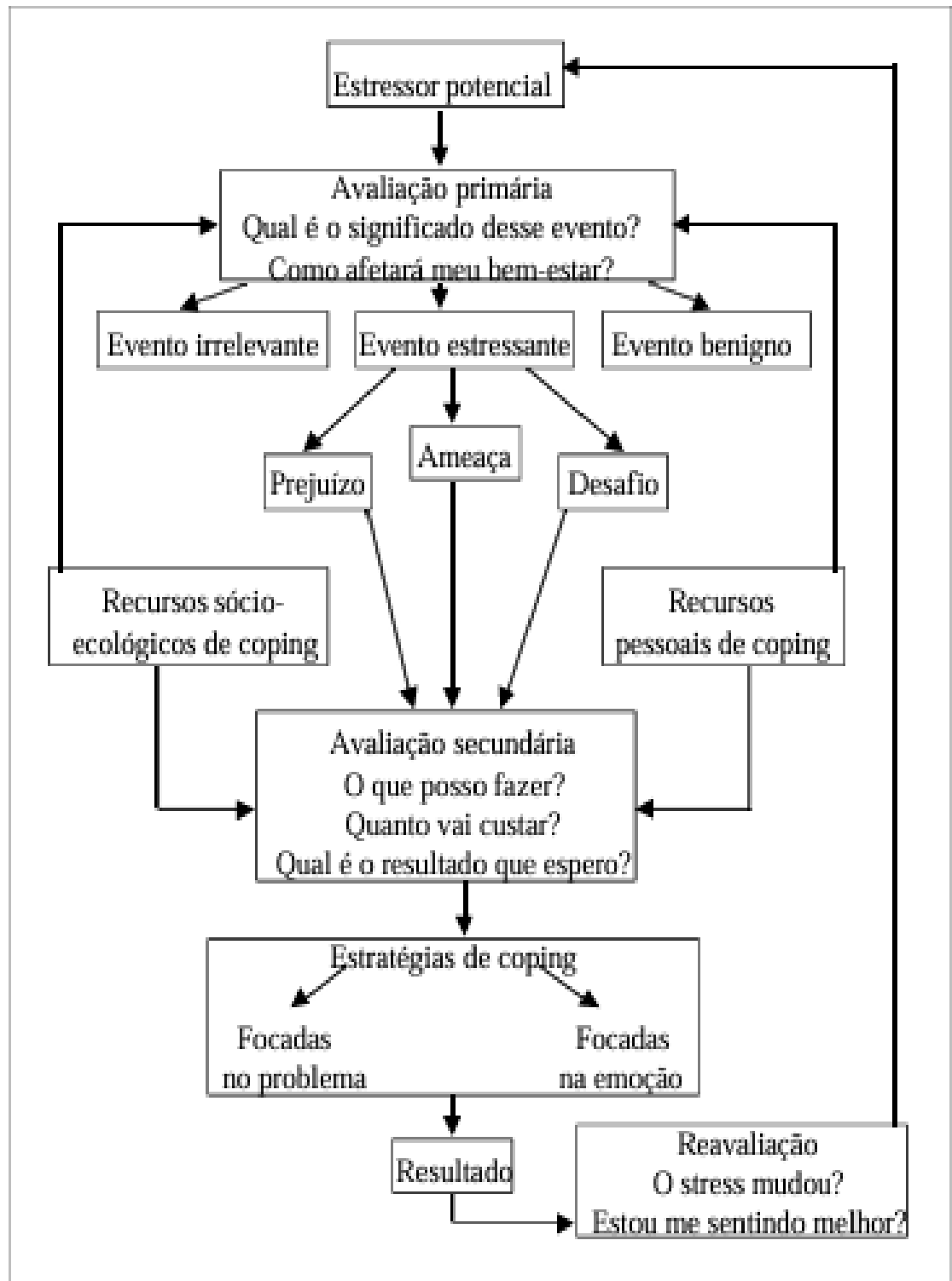


Figura 1 - Modelo de Processamento de Stress e Coping (Lazarus e Folkman, 1984)

6.2. Tipos de Estratégias de *Coping* Segundo Lazarus e Folkman

6.2.1. Estratégias Focadas no Problema

O *coping* centrado no problema diz respeito às estratégias que são tomadas com referência no problema, ou seja, um plano de resolução dos eventos stressantes utilizando uma coleta de informações sobre a situação estressora para a tomada de decisão (Folkman, 2010). São consideradas estratégias de adaptação, uma vez que permitem a mudança da situação, seja pela tentativa de remover o problema, seja pela diminuição da capacidade de impacto da fonte estressora (Lazarus & Folkman, 1984).

No *coping* focado no problema, a pessoa iria engajar-se no manejo ou na alteração do problema ou situação causadora de stress, visando controlar ou lidar com a ameaça, o dano ou o desafio. Em geral, trata-se de estratégias activas de aproximação em relação ao stressor, como forma de planeamento e solução de problemas (Seidl, Tróccoli, & Zannon, 2001). A função dessa estratégia é alterar o problema que está causando a tensão na relação entre a pessoa e o ambiente.

A acção de *coping* pode ser direccionada interna ou externamente. Quando o *coping* focalizado no problema é dirigido para uma fonte externa de stress, inclui estratégias tais como negociar para resolver um conflito interpessoal ou solicitar ajuda prática de outras pessoas. Quando dirigido internamente, costuma incluir reestruturação cognitiva, como a redefinição do elemento stressor (Antoniazzi *et al.*, 1998).

6.2.2. Estratégias Focadas na emoção

O segundo estilo de *coping* é aquele em que a estratégia é focada na emoção e tem como característica o distanciamento, a fuga do problema e a busca por apoio emocional (Folkman, 2010). Descreve a tentativa de substituir ou regular o impacto emocional do stress, resultado principalmente de processos defensivos que faz com que a pessoa evite confrontar, de forma realista, a ameaça stressora (Lazarus & Folkman, 1984). O *coping* focalizado na emoção tem como função principal a regulação da resposta emocional causada pelo problema/stressor com o qual o indivíduo se defronta, podendo representar atitudes de afastamento ou paliativas em relação à fonte de stress, como negação ou esquiva (Seidl,

Tróccoli, & Zannon, 2001). Esses esforços de *coping* são dirigidos a um nível somático e/ou de sentimentos, tendo por objectivo alterar o estado emocional.

Fumar um cigarro tomar um tranquilizante, assistir a uma comédia na TV e sair para correr são exemplos de estratégias dirigidas a um nível somático de tensão emocional. Sua função é reduzir a sensação física desagradável de um estado de estresse (Antoniazzi *et al.*, 1998).

Na actualidade, um terceiro tipo de estratégia de *coping* vem sendo mencionado na literatura. Trata-se do *coping* focado, que se baseia em valores e crenças mais profundas e permite a revisão dos objectivos existenciais e a reordenação de prioridades por meio da experiência de vida, com o propósito de motivar e sustentar o enfrentamento e o bem-estar durante o tempo de dificuldades (Folkman, 2010). Este estilo de *coping* regula as emoções positivas que desempenham funções importantes no processo de recuperação dos recursos para o enfrentamento do estresse, o que ajuda a transformar as avaliações de ameaças em avaliações de desafio e levar a esforços de motivação e de sustentação de enfrentamento a longo prazo. As estratégias de *coping* focado diferem qualitativamente das estratégias focadas na emoção, como o distanciamento, que regulam as emoções negativas. O *coping* focado se baseia em valores e crenças mais profundas na forma de estratégias como a revisão do objectivo, com ênfase nos pontos fortes ganhos com a experiência de vida e na reordenação de prioridades (Folkman, 2010).

Vale destacar que esses estilos de *coping* não são necessariamente excludentes, pois sabemos que diferentes estratégias podem ser utilizadas de modo simultâneo para lidar com determinada situação stressora (Seidl *et al.*, 2001). Os vários tipos de enfrentamento muitas vezes trabalham em conjunto, de forma que a regulação da ansiedade (*coping* focado na emoção) irá permitir que a pessoa se concentre em tomar uma decisão (*coping* focado no problema). Isto, por sua vez, é informado por meio de uma revisão dos valores subjacentes e os objetivos (*coping* focalizado). Idealmente, haveria independência entre esses processos, de modo a possibilitar uma previsão. Mas na realidade estamos diante de um sistema dinâmico de processos que são altamente interativos (Folkman, 2010).

7. Metodologia (Material e Métodos)

7.1. Tipo/desenho de Estudo

Trata-se de um estudo analítico transversal, com uma abordagem quantitativa. A escolha deste tipo de estudo fundamentou-se pelo facto de pretendermos determinar associações e relações entre variáveis, e este tipo de estudos é realizado para pesquisar a associação entre exposições (factores de risco) e efeito (doença ou outra condição) (Buchalla & Cardoso, 2006).

7.2. Local do Estudo

O estudo foi realizado em Unidades Sanitárias seleccionadas por conveniência, na cidade da Matola. A Matola constitui uma das principais áreas urbanas de Moçambique, exercendo simultaneamente as funções de município e de capital da província de Maputo. Para além do estatuto municipal, possui igualmente a categoria administrativa de distrito, estrutura criada no âmbito da organização territorial do Estado em 2013, cuja delimitação territorial corresponde integralmente à do município. Do ponto de vista geográfico, o território da Matola confronta-se, a norte e noroeste, com o distrito de Moamba; a oeste e sudoeste, com o distrito de Boane; a nordeste, com o distrito de Marracuene; e, a sul e leste, com a cidade de Maputo. A sua extensão territorial abrange aproximadamente 373 quilómetros quadrados.

Segundo dados oficiais do recenseamento geral da população realizado em 2017, o município registou 1.032.197 residentes, evidenciando um crescimento expressivo quando comparado com os 672.508 habitantes contabilizados no censo de 2007. Em virtude desse dinamismo, tanto no plano populacional quanto no económico, a Matola foi oficialmente classificada como cidade de categoria B a 2 de Outubro de 2007, estatuto administrativo que também é atribuído às cidades da Beira e de Nampula, conforme dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2017).

O estudo decorreu no **Centro de Saúde de Nkobe** situado no posto administrativo da Machava; **Centro de Saúde de Muhalaze** situado no posto administrativo do Infulene; e **Centro de Saúde de Malhampene** no posto administrativo da Matola. A escolha das

unidades sanitárias foi feita com base na proximidade da casa dos assistentes da pesquisa e também por serem unidades sanitárias do nível primário com características semelhantes.

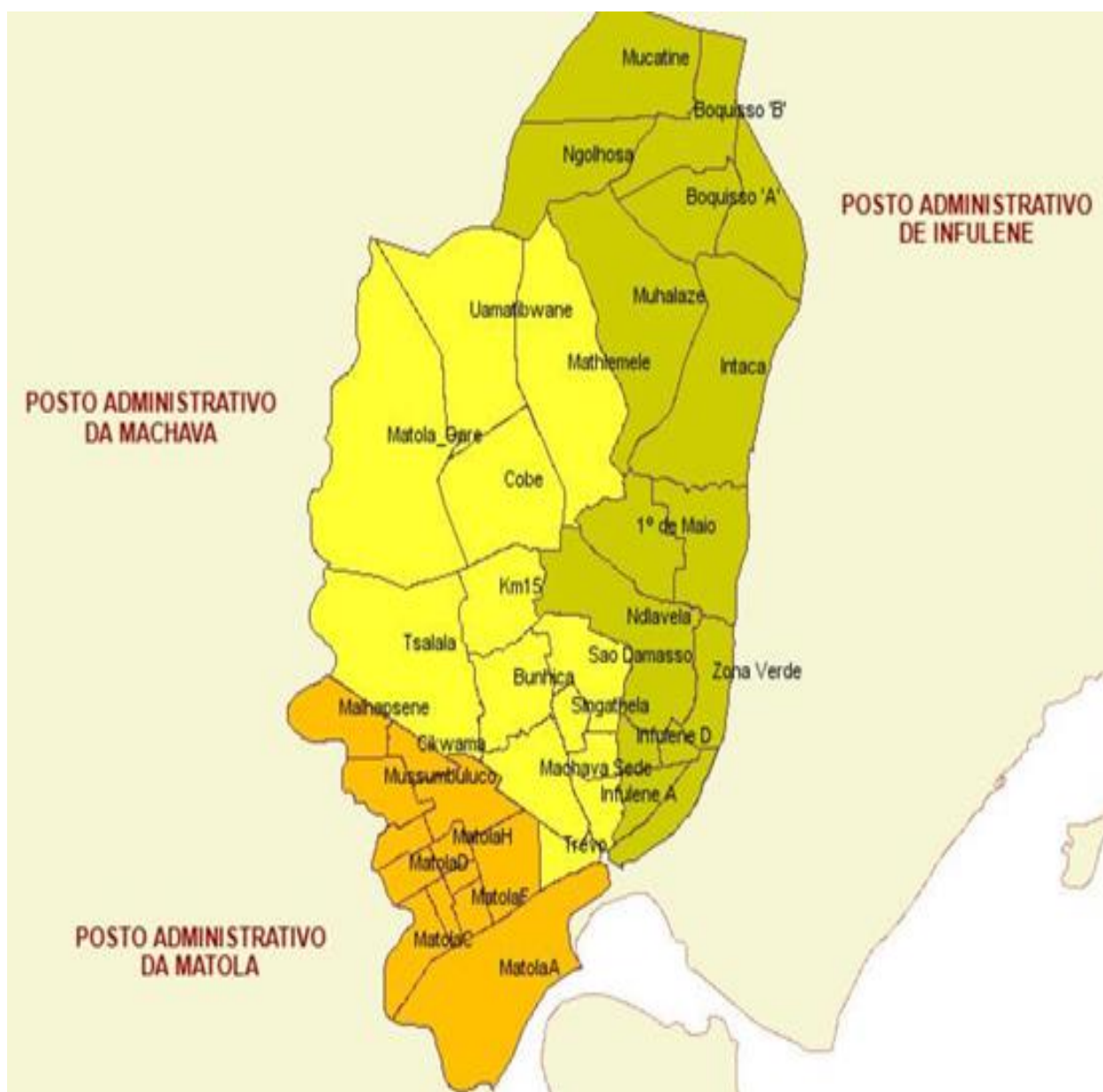


Figura 2: Postos Administrativos e Bairros da Cidade da Matola

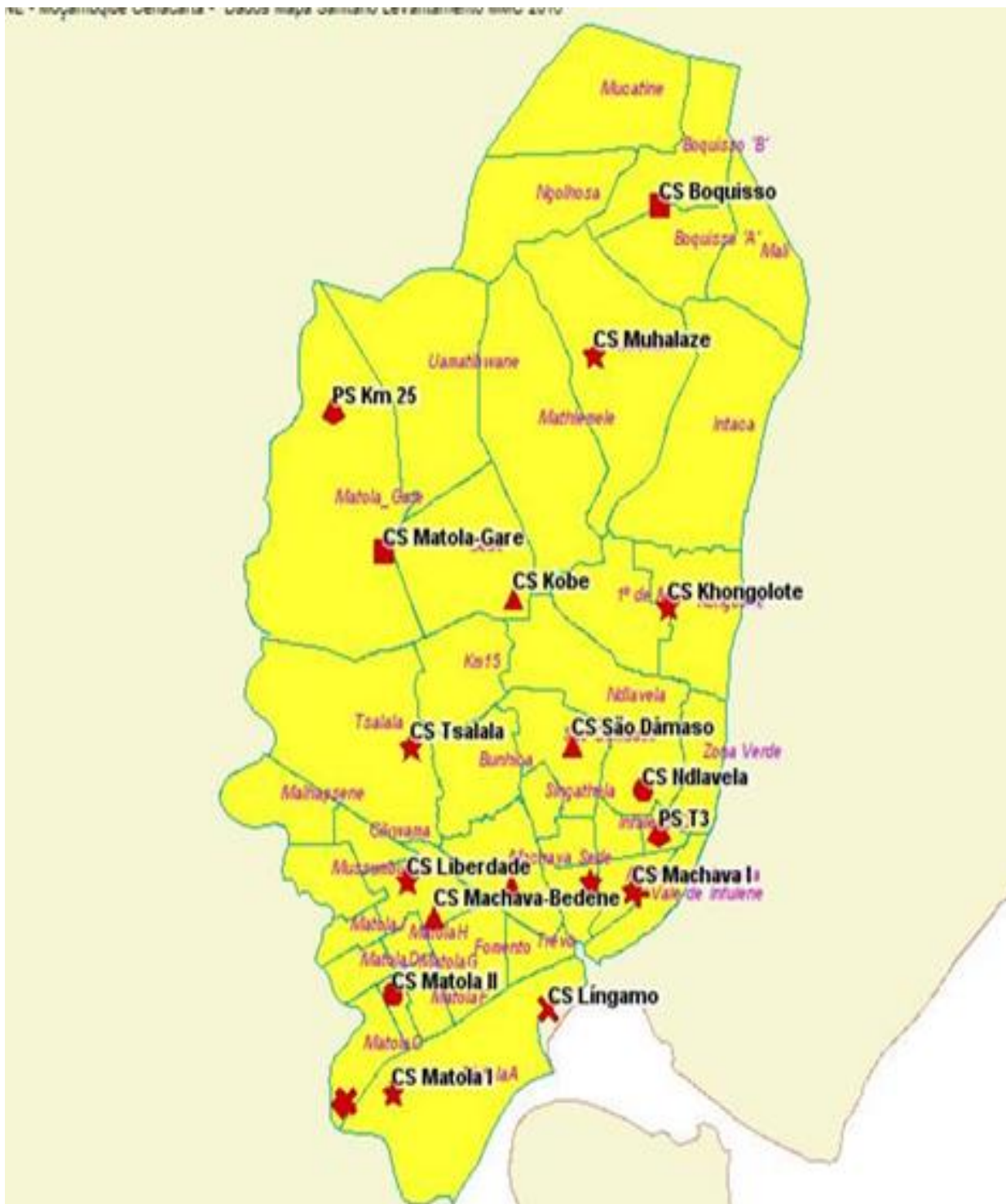


Figura 3: Rede sanitária da Cidade da Matola – Unidades ligadas ao SNS

7.3. Período de Estudo

A colheita de dados foi realizada entre os meses de Julho a Novembro de 2025.

7.4. População do Estudo, Amostra, Amostragem ou Modo de Seleção dos Participantes

7.4.1. População de Estudo

A população de estudo foi constituída por Mulheres grávidas em TARV que são seguidas nas unidades sanitárias do município da cidade da Matola.

7.4.2. Amostra

O tamanho da amostra ($n=384$) foi determinado por um processo de amostragem não probabilística (amostragem intencional ou por julgamento), considerando parâmetros previamente definidos como a proporção de mulheres grávidas em tratamento anti-retroviral (0,5) e a precisão ou margem de erro desejável (5%). A determinação do tamanho da amostra foi feita consoante a fórmula descrita abaixo:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{e^2}$$
$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,5 \cdot (1 - 0,5)}{0,05^2}$$
$$n = \frac{3,8416 \cdot 0,25}{0,0025}$$
$$n = \frac{0,9604}{0,0025} = 384,16$$

A amostra mínima necessária foi de **384** participantes.

7.4.3. Métodos de selecção de participantes

A selecção da amostra foi feita de forma intencional.

7.4.3.1. Critérios de Inclusão

- Estar inscrita nos cuidados e tratamento de HIV nas unidades sanitárias seleccionadas;
- Estar em seguimento há mais de 3 meses nas consultas pré-natal;
- Ter idade igual ou acima de 18 anos.

7.4.3.2. Critérios de Exclusão

- Não assinar o termo de consentimento livre e esclarecido;
- Possuir alguma barreira linguística.

7.5. Procedimentos, Técnicas e Instrumentos de Colecta/Recolha de Dados

A recolha de dados foi realizada por uma equipa composta por 6 assistentes, sendo 2 por cada unidade sanitária seleccionada, com base nos seguintes instrumentos de recolha de dados:

- **Questionário sócio-demográfico e clínico**

O questionário sócio-demográfico foi usado para recolher informações sobre características demográficas, e o mesmo incluiu uma variedade de perguntas que ajudaram a entender melhor o perfil da população estudada, nomeadamente: idade, estado civil, nível de escolaridade, profissão, crenças religiosas, planeamento familiar, número de pessoas na residência, localização da moradia, número de filhos, situação de emprego e adesão ao tratamento.

- **Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus (1996)**

O instrumento utilizado tem como finalidade avaliar as estratégias de enfrentamento mobilizadas pelos indivíduos diante de situações específicas de stress. É constituído por 66 afirmações que descrevem diferentes pensamentos, reacções cognitivas e comportamentos adoptados perante exigências percebidas como desafiadoras, sejam elas de natureza interna ou provenientes do contexto externo.

Para cada afirmação, o participante deve indicar o grau de utilização da estratégia descrita, considerando a frequência ou intensidade com que a empregou relativamente ao evento em análise, conforme descrito por Takagishi (2014). A escala de resposta organiza-se em quatro níveis graduais:

- 0 – Estratégia não utilizada;
- 1 – Utilização em grau reduzido;
- 2 – Utilização moderada;
- 3 – Utilização elevada.

Os itens encontram-se distribuídos em oito dimensões que representam diferentes padrões de *coping*: confronto, distanciamento, auto-regulação emocional, procura de apoio social, reconhecimento de responsabilidade pessoal, evitamento, resolução activa de problemas e reinterpretação positiva da experiência (Takagishi, 2014).

7.6. Plano de Gestão e Análise de Dados

Os dados recolhidos foram armazenados em local seguro, sob responsabilidade exclusiva do investigador principal, garantindo controlo restrito de acesso (planilha Excel com chave de acesso). Para a análise dos dados sócio-demográficos foi usada a estatística descritiva, concretamente o pacote estatístico SPSS, onde gerou-se frequências, médias e percentuais com o objectivo de conhecer o perfil das mulheres grávidas em TARV.

Também foi usada a estatística inferencial através do pacote estatístico SPSS e JASP que inclui a realização de testes estatísticos, nomeadamente testes de correlação (Pearson/Spearman) para examinar a relação entre variáveis (estratégias de *coping* e adesão ao tratamento), (estratégias de *coping* e dados sóciodemográficos), modelos de regressão (linear/logística) para prever a adesão ao tratamento com base nas estratégias de *coping*, análises de variância (ANOVA) para comparar grupos dentro da amostra.

7.7. Variáveis

O estudo teve as seguintes variáveis de estudo:

- ❖ **Variáveis sócias demográficas:** idade, ocupação, estado civil, planeamento familiar, nível de escolaridade, residência, religião, conviventes.
- ❖ **Variável independente:** Estratégias de *coping*,

❖ **Variável dependente:** adesão ao tratamento anti-retroviral.

8. Considerações Éticas

8.1. Normas Éticas a seguir e Comitês que vão Aprovar o Estudo

A condução desta investigação observou rigorosamente os fundamentos éticos aplicáveis à pesquisa em saúde. A orientação conceptual baseou-se no enquadramento da ética biomédica proposto por Tom L. Beauchamp e James F. Childress na obra *Principles of Biomedical Ethics*, que estabelece quatro pilares fundamentais: o respeito pela autonomia dos participantes, a promoção do seu bem-estar (beneficência), a prevenção de danos evitáveis (não maleficência) e a garantia de equidade no tratamento e na distribuição de benefícios e encargos (justiça). Adicionalmente, o estudo alinou-se às directrizes internacionais consagradas na *Declaração de Helsínquia*, que orientam a investigação envolvendo seres humanos. Nesse sentido, foram assegurados o respeito pela privacidade, a salvaguarda da dignidade da pessoa humana e a protecção dos dados pessoais

Referir que foi solicitada a autorização administrativa na direcção provincial de saúde de Maputo para a recolha de dados, e o protocolo foi submetido ao Comité Institucional de Bioética em Saúde da Faculdade de Medicina/Hospital Central de Maputo (CIBS FM & HCM).

8.2. Recrutamento e Consentimento Informado

O recrutamento para a participação no estudo foi realizado de forma individual após a consulta pré-natal, de modo a não criar uma situação de viés de relação entre a qualidade de atendimento e a participação no estudo, e foi lido e oferecido o Termo de Consentimento Livre e Informado para assinatura e foram esclarecidas todas as questões relacionadas ao estudo.

8.3. Avaliação de Benefícios e Riscos e como estes serão Minimizados

a) Benefícios

- Proporcionar um espaço seguro para que as mulheres compartilhem suas experiências e desafios, ajudando-as a se sentirem ouvidas e compreendidas;
- Contribuir com as informações para a melhoria das políticas de saúde no contexto da assistência da mulher grávida em TARV;

- Dar oportunidades aos participantes de serem agentes da sua própria mudança;

b) Riscos

- Afectar os sentimentos das pacientes;
- Desistência de participação no estudo por causa do dispêndio de tempo;
- Possível alteração do comportamento provocada pela evocação de memórias sobre sua condição serológica.

Os riscos foram minimizados pelo esclarecimento do objectivo do estudo, garantia da liberdade de recusar a continuar a responder ao questionário sem penalização alguma por parte dos pesquisadores e o encaminhamento, caso necessário, a assistência por outros profissionais, nomeadamente psicólogos e técnicos de psiquiatria. O estudo usou uma linguagem cuidada; haverá recepção e tratamento empático, haverá priorização do acolhimento e acomodação dos participantes para a entrevista.

8.4. Confidencialidade/Privacidade/Anonimato

A confidencialidade deste estudo foi assegurada da seguinte maneira: os dados recolhidos para esta pesquisa foram somente usados para esta pesquisa, o acesso dos mesmos foi somente para o pesquisador, supervisor e depois de terminar o estudo os instrumentos de recolha de dados serão destruídos. Os termos de consentimento foram segregados dos instrumentos de recolha de dados.

A preservação da privacidade foi assegurada na medida em que no local do estudo (uma sala indicada pelo centro de saúde) estavam somente o entrevistador e a entrevistada num ambiente com condições de hospedagem e privativo autorizado pelas direcções das unidades sanitárias alvo.

Para garantia do anonimato, nos instrumentos de recolha de dados não foram solicitados os nomes dos participantes, mas sim usado equivalência pela abreviatura da palavra “Participante” da letra inicial maiúscula seguido do número de ordem do participante” (ex. P1, P2, P3...P4) com o número da ordem representado pela letra.

9. Equipa de Estudo

| Pessoal | Número | Função |
|-------------------------|--------|---|
| Investigador principal | 1 | Realização, coordenação, análise e revisão científica |
| Supervisor | 1 | Revisão e orientação científica |
| Assistentes de Pesquisa | 6 | Recolha dos dados |
| Estatístico | 1 | Análise estatística dos dados |

Tabela 1: Equipa de Estudo

10. Limitações do Estudo

Durante a realização do estudo foram encontradas algumas limitações, nomeadamente:

Cansaço e fadiga devido a extensão do instrumento de recolha de dados utilizado por ser relativamente longo, o que pode ter contribuído para redução da atenção e a motivação ao longo do seu preenchimento. Segundo DeVellis (2017), questionários longos aumentam o risco de fadiga do respondente, o que pode levar a respostas automáticas, perda de atenção e menor precisão nas respostas, especialmente nos itens finais do instrumento. Esta fadiga pode introduzir viés de resposta, afectando a validade interna do estudo e no outro contexto e do ponto de vista psicométrico. Hair *et al.*, (2019) referem que instrumentos demasiado longos podem afectar a consistência das respostas, não por falhas do constructo medido, mas por desgaste cognitivo do participante. Isso pode reduzir a fiabilidade observada e inflacionar erros de medição.

Outra limitação prende-se com o uso exclusivo de instrumentos de auto-relato, os quais podem estar sujeitos a *viés* de desejabilidade social e *viés* de memória. No contexto da presente investigação, que envolve mulheres grávidas em seguimento TARV, este *viés* pode ter sido particularmente relevante, uma vez que variáveis como adesão ao tratamento, uso de estratégias de *coping* e responsabilidade pessoal estão fortemente associadas a normas

sociais, expectativas institucionais e julgamento moral. Conforme referem Podsakoff *et al.*, (2003), em contextos clínicos e de saúde, os participantes podem sentir-se pressionados a apresentar-se como “bons pacientes”, reportando níveis de adesão ou de *coping* considerados adequados pelos profissionais de saúde.

E por fim teve-se como outra limitação a dificuldade para o alcance do número da amostra previamente estipulada, pois não mais se conseguia ter participantes que preenchessem os critérios previamente estipulado.

Para minimizar as limitações foram realizadas as seguintes estratégias:

- Em relação a primeira limitação os assistentes permitiam que houvessem pausas breves durante o preenchimento, quando necessário, e o local onde era aplicado o inventário era privado e sem interrupções, o que ajudava a reduzir o cansaço e a manter a atenção;
- No que se refere a segunda limitação os assistentes reforçavam sempre que necessário que não tem respostas “correctas” e ou “erradas” e enfatizavam a importância da honestidade das respostas;
- E por fim no que diz respeito a última limitação, foi ampliado o período de recolha de dados em relação ao tempo que se tinha estipulado primeiramente.

11. Resultados

11.1. *Perfil Sócio-demográfico e Clínico das Participantes*

A caracterização sócio-demográfica das participantes revela uma amostra maioritariamente composta por mulheres jovens, em idade reprodutiva, com distribuição relativamente homogénea entre os diferentes grupos etários considerados. No que respeita à situação profissional, observa-se um claro predomínio de actividades no sector informal, coexistindo com uma proporção considerável de estudantes, enquanto o emprego formal surge de forma residual.

Relativamente ao estado civil, a amostra distribuiu-se de forma equilibrada entre mulheres solteiras e mulheres em relações conjugais estáveis, sendo pouco expressiva a presença de mulheres separadas ou divorciadas e inexistente a de viúvas. Quanto à composição familiar, verifica-se que uma parte significativa das participantes não tinha filhos, enquanto a maioria das restantes apresentava um número reduzido de filhos, predominando famílias de pequena dimensão. No que concerne à escolaridade, destaca-se um nível educacional globalmente favorável, com predominância do ensino secundário e superior, sendo residual a presença de participantes com níveis muito baixos de escolarização e inexistente o analfabetismo.

A maioria das participantes referiu que a gravidez actual foi planeada, evidenciando práticas de planeamento reprodutivo. Em termos de convivência, observa-se que muitas mulheres residiam com os pais, enquanto uma proporção relevante vivia com o cônjuge e filhos, refletindo diferentes configurações familiares e redes de apoio social. Relativamente à afiliação religiosa, verifica-se uma predominância clara do Cristianismo, sendo as restantes religiões pouco representadas, o que revela uma relativa homogeneidade religiosa na amostra.

Por fim, em relação à adesão ao tratamento, observa-se que uma parte considerável das participantes não se encontrava aderente, superando o número de mulheres classificadas como aderentes. Este resultado constitui um dos achados mais relevantes do estudo, evidenciando dificuldades significativas na manutenção da adesão ao tratamento. A seguir a tabela do resumo dos dados sócio-demográficos e clínicos.

| Variável | Categoria | Frequência | % |
|---------------------|-------------------------|-------------------|----------|
| Idade | 18-22 anos | 109 | 33,54 |
| | 23-27 anos | 70 | 21,54 |
| | 28-32 anos | 75 | 23,08 |
| | 33-40 anos | 70 | 21,54 |
| Profissão | Formal | 6 | 1,85 |
| | Informal | 222 | 68,52 |
| | Estudante | 96 | 29,63 |
| Estado Civil | Solteira | 162 | 50 |
| | União de Factos /Casada | 156 | 48,15 |
| | Separada/Divorciada | 6 | 1,85 |
| | Viúva | 0 | 0 |
| Nº de filhos | 0 filhos | 120 | 37,04 |
| | 1 filho | 69 | 21,30 |
| | 2 filhos | 72 | 22,22 |
| | 3 filhos | 45 | 13,89 |
| | 4 filhos | 12 | 3,70 |
| | 5 filhos | 6 | 1,85 |
| Escolaridade | Analfabeta | 0 | 0 |
| | Sabe ler e escrever | 6 | 1,85 |
| | Ensino Primário | 83 | 25,62 |
| | Ensino Secundário | 145 | 44,75 |
| | Curso Superior | 90 | 27,78 |
| G. Planeada | Sim | 251 | 77,47 |
| | Não | 73 | 22,53 |
| Convivente | Sozinha | 18 | 5,56 |
| | Cônjuge e filhos | 121 | 37,35 |
| | Pais | 171 | 52,78 |
| | Outros parentes | 14 | 4,32 |
| Religião | Cristianismo | 299 | 92,87 |
| | Judaísmo | 0 | 0 |
| | Islã | 16 | 4,97 |

| | | | |
|---------------------|-------------------|-----|-------|
| | Budismo | 0 | 0 |
| | Hinduísmo | 0 | 0 |
| | Nenhuma | 1 | 0,31 |
| | Prefere não dizer | 6 | 1,86 |
| Adesão ao T. | Sim | 148 | 45,68 |
| | Não | 176 | 54,32 |

Tabela 2: Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes

11.2. Relação entre o Perfil sócio-demográficos das mulheres em TARV e as estratégias de coping

| | | Confronto | Afastamento | Auto crítica | Suporte social | Aceitação da responsabilidade | Fuga | Resolução de problemas | Resolução positiva |
|---------------------|---------------------|------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|--|-------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| Idade | Pearson Correlation | -0.167 | -0.075 | -0.172 | -0.258 | -0.270 | -0.182 | -0.021 | -0.122 |
| | <i>p</i> -value | .003 | .177 | .002 | .000 | .000 | .001 | .712 | .028 |
| Profissao | Pearson Correlation | -0.187 | -0.011 | .024 | -0.116 | -0.145 | -0.114 | -0.001 | -0.031 |
| | <i>p</i> -value | .001 | .847 | .670 | .037 | .009 | .040 | .984 | .576 |
| Estado Civil | Pearson Correlation | -0.067 | -0.062 | .035 | -0.050 | -0.123 | .014 | .033 | .005 |
| | <i>p</i> -value | .228 | .267 | .535 | .373 | .027 | .807 | .548 | .924 |
| Nº Filhos | Pearson Correlation | -0.027 | -0.054 | -0.020 | -0.118 | -0.148 | -0.116 | .032 | -0.049 |
| | <i>p</i> -value | .635 | .330 | .721 | .034 | .008 | .037 | .564 | .380 |
| Escolaridade | Pearson Correlation | .137 | .127 | .122 | .117 | .102 | .003 | -0.060 | -0.034 |
| | <i>p</i> -value | .014 | .022 | .028 | .035 | .066 | .951 | .278 | .541 |

| | | | | | | | | | |
|----------------------|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Gravidez | Pearson Correlation | -.297 | -.130 | -.378 | -.520 | -.226 | -.258 | .018 | -.064 |
| Planeada | <i>p</i> -value | .000 | .019 | .000 | .000 | .000 | .000 | .743 | .253 |
| Com quem vive | Pearson Correlation | -.114 | -.042 | -.032 | -.163 | -.119 | -.058 | -.027 | -.006 |
| | <i>p</i> -value | .041 | .453 | .565 | .003 | .032 | .302 | .633 | .920 |
| Religião | Pearson Correlation | -.120 | .073 | -.064 | -.054 | -.131 | -.157 | -.043 | -.145 |
| | <i>p</i> -value | .032 | .188 | .253 | .336 | .019 | .005 | .444 | .009 |

Tabela 3: Relação entre o Perfil sócio-demográficos das mulheres em TARV e as estratégias de *coping*

A análise correlacional evidencia que a idade apresenta correlações negativas e estatisticamente significativas com diversas estratégias de *coping*, nomeadamente confronto, auto-crítica, suporte social, aceitação da responsabilidade e fuga, sugerindo que indivíduos mais velhos tendem a recorrer menos a estes estilos de enfrentamento. A profissão também apresenta associações significativas, embora mais fracas, verificando-se correlações negativas com confronto, suporte social, aceitação da responsabilidade e fuga, o que indica que determinadas ocupações podem estar associadas ao menor uso dessas estratégias. No que respeita ao número de filhos, registam-se correlações negativas fracas, mas significativas com suporte social, aceitação da responsabilidade e fuga, sugerindo que participantes com mais filhos tendem a mobilizar menos estas formas de *coping*. A escolaridade, por outro lado, correlaciona-se positivamente com confronto, afastamento, autocritica e suporte social. A variável com maior impacto é a gravidez planeada, que apresenta correlações negativas moderadas e altamente significativas com confronto, auto crítica, suporte social, aceitação da responsabilidade e fuga. Estes resultados mostram que mulheres cuja gravidez não foi planeada tendem a usar menos estas estratégias de *coping*. Também a variável “com quem vive” revela correlação negativa significativa com suporte social e aceitação da responsabilidade, indicando menores níveis destas estratégias consoante a composição familiar. Quanto à religião, verificam-se correlações negativas significativas com confronto, aceitação da responsabilidade e fuga, sugerindo que determinadas afiliações religiosas se associam ao menor uso dessas estratégias.

11.3. Estratégias de coping adoptadas pelas mulheres grávidas em seguimento TARV

| Factor | Médias | Variância |
|-------------------------------|--------|-----------|
| Reavaliação Positiva | 16.06 | 9.640 |
| Fuga | 13.67 | 7.368 |
| Aceitação da Responsabilidade | 12.63 | 8.296 |
| Afastamento | 11.73 | 7.657 |
| Resolução de Problemas | 9.97 | 5.934 |
| Confronto | 9.59 | 8.200 |
| Suporte Social | 9.42 | 10.412 |
| Auto-Controlo | 7.80 | 6.227 |

Tabela 4: Estratégias de *coping* adoptadas pelas mulheres grávidas em seguimento TARV

A análise das estratégias de *coping* adoptadas pelas mulheres grávidas em seguimento TARV evidencia diferenças claras nos níveis médios de utilização entre os participantes. As

estratégias mais frequentemente adotadas foram Resolução Positiva, Fuga e Aceitação/Responsabilidade, sugerindo que as mulheres recorrem tanto a estratégias ativas quanto a estratégias de evitamento para lidar com situações de stress. Em seguida, surgem Afastamento e Resolução de Problemas, demonstrando uma menor tendência para estratégias focalizadas diretamente na resolução estruturada das dificuldades. As estratégias de Confiança e Suporte Social apresentam médias moderadas, demonstrando um uso menos expressivo de mecanismos interpessoais ou baseados na crença de controlo externo. Por fim, a estratégia menos utilizada foi auto-controlo.

No que diz respeito à variância, observa-se que algumas variáveis, como suporte social, resolução positiva e confronto, apresentam maior dispersão dos valores, indicando maior heterogeneidade na forma como estas estratégias são utilizadas pelas participantes. Por outro lado, variáveis como resolução do problema e auto-crítica exibem variâncias menores, sugerindo maior uniformidade entre as participantes relativamente a estes comportamentos. Assim, além das diferenças nos valores médios, os dados demonstram também variações relevantes na consistência do uso das estratégias de *coping* dentro da amostra.

11.4. Relação entre Estratégias de coping adoptadas pelas mulheres grávidas e a adesão ao TARV

| Factor | | Adesão ao Tratam. | p-value |
|----------------------------------|---------------------|-------------------|------------|
| Confronto | Pearson Correlation | -.422 | $p < .001$ |
| | p-value | .000 | |
| Afastamento | Pearson Correlation | -.260 | $p < .001$ |
| | p-value | .000 | |
| Auto critica | Pearson Correlation | -.375 | $p < .001$ |
| | p-value | .000 | |
| Suporte Social | Pearson Correlation | -.509 | $p < .001$ |
| | p-value | .000 | |
| Aceitação da responsabilidade | Pearson Correlation | -.302 | $p < .001$ |
| | p-value | .000 | |
| Fuga | Pearson Correlation | -.239 | $p < .001$ |
| | p-value | .000 | |
| Resolução de Problemas | Pearson Correlation | -.180 | $p = .001$ |
| | p-value | .001 | |

| | | | |
|-------------|---------------------|-------|------------|
| Reavaliação | Pearson Correlation | -.070 | $p = .209$ |
| Positiva | p -value | .209 | |

Tabela 5: Relação entre Estratégias de *coping* adoptadas pelas mulheres grávidas e a adesão ao TARV

Os resultados demonstram correlações negativas e estatisticamente significativas entre a adesão ao tratamento e todas as dimensões de *coping* analisadas ($p < .001$). A análise de correlação de *Pearson* revela associações significativas entre a adesão ao tratamento e diversas estratégias de *coping*. De forma geral, todos os coeficientes significativos apresentam valores negativos, indicando que o aumento do uso dessas estratégias está associado a menores níveis de adesão ao tratamento. O suporte social mostra a correlação negativa mais elevada, sugerindo que participantes que recorrem mais intensamente a esta estratégia tendem a aderir menos ao tratamento.

Estratégias como confronto, auto-crítica e aceitação da responsabilidade também apresentam correlações negativas moderadas, indicando que esses padrões de enfrentamento podem estar associados a dificuldades na manutenção do tratamento. Estratégias como afastamento, fuga e resolução de problemas apresentam correlações negativas mais fracas, mas ainda significativas, reforçando a tendência geral de que estilos de *coping* menos adaptativos se associam a menor adesão. A resolução positiva é a única estratégia sem associação significativa com a adesão, sugerindo que seu uso não exerce impacto estatisticamente detectável na probabilidade de cumprir o tratamento.

11.4.1. Predição da adesão ao tratamento com base nas estratégias de *coping*

| Modelo | Coeficientes não padronizados | | Coeficientes Padronizados | Teste t | p-value |
|-------------------------------|-------------------------------|------------|---------------------------|---------|---------|
| | B | Std. Error | | | |
| Constant | 1.325 | .150 | | 8.857 | .000 |
| Confronto | -.029 | .010 | -.169 | -2.966 | .003 |
| Afastamento | -.032 | .010 | -.176 | -3.203 | .002 |
| Auto crítica | -.006 | .012 | -.030 | -.509 | .611 |
| Suporte social | -.070 | .009 | -.454 | -7.756 | .000 |
| Aceitação da responsabilidade | -.036 | .009 | -.208 | -4.068 | .000 |
| Fuga | .009 | .011 | .047 | .745 | .457 |

| | | | | | |
|------------------------|------|------|------|-------|------|
| Resolução de problemas | .002 | .011 | .008 | .149 | .882 |
| Reavaliação Positiva | .051 | .009 | .316 | 5.348 | .000 |

Tabela 6: Predição da adesão ao tratamento com base nas estratégias de *coping*

Realizando a análise de regressão linear foi possível identificar quais estratégias de *coping* predizem a adesão ao tratamento. O modelo revelou que algumas variáveis apresentam efeitos estatisticamente significativos, enquanto outras não contribuem de forma relevante para explicar a variabilidade da adesão.

Os resultados do modelo de regressão evidenciam que apenas algumas estratégias de *coping* contribuem de forma significativa para a explicação do desfecho em estudo. Entre estas, o suporte social destaca-se como o predictor mais relevante do modelo, apresentando uma associação negativa estatisticamente significativa, o que indica que níveis mais elevados desta estratégia estão associados a valores mais baixos do desfecho analisado. A reavaliação positiva revela-se o único predictor com efeito positivo significativo, sugerindo que o recurso a esta estratégia está associado ao aumento do desfecho em estudo. Adicionalmente, a aceitação da responsabilidade, afastamento e confronto apresentam associações negativas significativas, embora com menor magnitude, indicando que a utilização destas estratégias se relaciona com uma diminuição do desfecho considerado. Por outro lado, as estratégias de auto-crítica, fuga e resolução de problemas não demonstraram efeitos estatisticamente significativos, não contribuindo de forma relevante para a explicação do modelo. Em síntese, os resultados indicam que o padrão de *coping* mais relacionado ao desfecho em análise é caracterizado pela relevância do suporte social e da reavaliação positiva, enquanto as restantes estratégias apresentam um contributo limitado ou inexistente.

12. Discussão

A amostra do estudo é maioritariamente é constituída por mulheres jovens, com idade compreendida dos 18 a 40 anos, em idade reprodutiva activa. Esta predominância de idades está alinhada com os dados epidemiológicos que apontam para uma elevada prevalência do HIV entre mulheres jovens em idade fértil na África Subsaariana (UNAIDS, 2023; Batitucci, 2022). A predominância de participantes inseridas no sector laboral informal, com apenas uma ínfima percentagem no sector formal, revela um contexto marcado por vulnerabilidade sócio-económica. Esta precariedade laboral pode constituir um factor de stress adicional, limitando o acesso a recursos materiais e a uma rede de segurança social, o que, por sua vez, pode impactar a capacidade de gestão da doença e da gravidez. Este resultado alinha-se com os achados de Grangeiro *et al.*, (2010) e Faria *et al.*, (2014).

Um dado notável é que maior parte das participantes referiram que a gravidez actual foi planeada. Este resultado contraria, em parte, a narrativa comum que associa gravidez e HIV a situações de não planeamento e pode indicar um desejo activo de maternidade, mesmo face ao diagnóstico, um aspecto já documentado na literatura (Araújo, 2008; Batitucci, 2022). No entanto, como será discutido adiante, o facto de a gravidez ter sido planeada não se traduziu, por si só, em melhores estratégias de enfrentamento ou maior adesão. O nível de escolaridade é globalmente favorável, com a maioria das mulheres a possuir ensino secundário ou superior. Este é um aspecto positivo, pois a literatura associa maiores níveis de escolaridade a uma melhor literacia em saúde, compreensão do tratamento e capacidade de mobilizar estratégias de *coping* mais diversificadas e adaptativas (Silva & Pedroso, 2020). Contudo, este potencial parece não se ter reflectido plenamente nos resultados de adesão, uma vez que a maior parte das participantes foram identificadas como não aderentes ao TARV. Esta elevada taxa de não adesão é preocupante e ecoa os desafios amplamente documentados na manutenção do tratamento crónico, especialmente em contextos de múltiplas vulnerabilidades (Faria *et al.*, 2014; Calvetti *et al.*, 2014).

Os resultados demonstram correlações significativas entre variáveis sócio-demográficas e diversas estratégias de *coping*, indicando que factores como idade, escolaridade, número de filhos e tipo de convivência influenciam o modo como as mulheres enfrentam o diagnóstico e o processo de tratamento. Observou-se, por exemplo, que mulheres mais velhas recorrem menos a estratégias como confronto, auto-crítica e suporte social, sugerindo um padrão de *coping* mais internalizado e possivelmente mais evitativo. Esta tendência está alinhada com o modelo transaccional do stress, que postula que a experiência

prévia, a maturidade emocional e a disponibilidade de recursos moldam a resposta ao stress (Folkman, 2013).

A escolaridade mostrou associação positiva com diversas estratégias de *coping* activo, indicando que mulheres com maior nível educativo tendem a utilizar mecanismos mais diversificados de enfrentamento. A literatura confirma que maiores níveis de escolaridade facilitam o acesso à informação, a compreensão do tratamento e a capacidade de mobilizar recursos pessoais e sociais (Silva & Pedroso, 2020), o que é particularmente relevante no contexto da adesão ao TARV. A variável com maior impacto foi a gravidez planeada, que apresentou correlações negativas moderadas com várias dimensões de *coping* por exemplo, suporte social. Este achado é consistente com estudos que sugerem que gravidezes não planeadas frequentemente intensificam sentimentos de impreparação emocional, vulnerabilidade e stress (Hall *et al.*, 2017), reduzindo a probabilidade de mobilização adequada de estratégias adaptativas de enfrentamento. Para mulheres vivendo com HIV, este efeito tende a ser ainda mais acentuado, dadas as exigências do TARV e do seguimento pré-natal (UNAIDS, 2023). A menor utilização de suporte social neste grupo é particularmente relevante, dado o papel protector que redes de apoio exercem na adaptação a doenças crónicas (Ribeiro, 2021).

Em relação às estratégias de *coping* adoptadas pelas mulheres grávidas em TARV, destacam-se como as mais utilizadas, a reavaliação positiva, fuga e aceitação da responsabilidade. A proeminência da reavaliação positiva uma estratégia focada na reinterpretção positiva da situação é um dado encorajador, pois está associada a melhores ajustamentos emocionais a longo prazo (Folkman & Greer, 2000). No entanto, o uso elevado de fuga (estratégia de evitamento) sugere a coexistência de um mecanismo menos adaptativo, possivelmente relacionado ao medo, estigma ou sobrecarga emocional (Seidl *et al.*, 2001). Esta dualidade reflecte a complexidade do enfrentamento em contextos de alta demanda psicossocial, onde estratégias adaptativas e não adaptativas podem ser utilizadas de forma concomitante (Resende *et al.*, 2008).

Observou-se correlações negativas estatisticamente significativas entre a adesão e praticamente todas as estratégias, com destaque para suporte social, confronto e auto-crítica. Tais resultados indicam que o uso intensivo destas estratégias está associado a menor adesão. Embora o suporte social seja tradicionalmente visto como factor de protecção, estudos realizados anteriormente revelam que, em contextos de vulnerabilidade económica e

instabilidade familiar, este suporte pode ser ambivalente, pouco funcional ou até gerar dependência emocional negativa (Murphy *et al.*, 2010). Ademais, Calvetti *et al.*, (2014) e Ribeiro (2021), afirmam que neste contexto específico, que busca intensa pelo suporte social, pode estar associada a uma percepção de incapacidade pessoal, dependência excessiva ou à existência de uma rede que não é efectivamente facilitadora da adesão. Pode indicar que as mulheres que mais buscam apoio são justamente as que se sentem mais sobrecarregadas e, portanto, têm maior dificuldade em gerir o tratamento.

Estratégias como confronto e auto-crítica também se associaram negativamente à adesão. O confronto, quando mal direcionado, pode gerar conflitos e resistência, enquanto a auto-crítica excessiva pode minar a auto-eficácia, componente crucial para a gestão de tratamentos crônicos (Seidl *et al.*, 2017; Carvalho *et al.*, 2019). A única estratégia sem associação negativa foi a reavaliação positiva, sugerindo que esta forma de enfrentamento, focada na ressignificação e no crescimento pessoal, não interfere negativamente e potencialmente poderia apoiar a adesão, embora nesta análise sua correlação não tenha sido significativa.

Suporte social, aceitação da responsabilidade, confronto e afastamento são preditores significativos de menor adesão ao tratamento. Novamente, o peso negativo do suporte social no modelo chama a atenção e sugere a necessidade de qualificar o tipo de apoio recebido. Apoios que promovam a autonomia e a auto-eficácia podem ser mais benéficos do que aqueles que fomentam a dependência (Ribeiro, 2021). Por outro lado, a reavaliação positiva foi o único predictor positivo significativo, destacando-se como um factor potencialmente promotor da adesão. Este resultado alinha-se com a teoria de que estratégias de *coping* focadas na emoção, quando adaptativas (como a reavaliação positiva), podem regular o stresse emocional sem desviar a atenção dos comportamentos necessários para a gestão da saúde (Folkman & Greer, 2000). E nesta senda (Chesney *et al.*, 2006) já tinha mencionado em seus estudos que estratégias de *coping* orientadas à acção e focadas no problema tendem a promover melhor adesão em tratamentos crónicos.

13. Conclusões

Com os resultados deste estudo concluímos que as mulheres grávidas em seguimento TARV apresentam um perfil predominantemente jovem, com baixa formalização profissional e níveis variáveis de escolaridade, fatores que parecem influenciar diretamente as estratégias de *coping* adoptadas e, conseqüentemente, a adesão ao tratamento. Observou-se que determinadas características sócio-demográficas, como idade, profissão, escolaridade, número de filhos e condição da gravidez, exercem impacto significativo sobre o tipo e a intensidade das estratégias de enfrentamento mobilizadas pelas participantes.

A análise das estratégias de *coping* revelou que a reavaliação positiva, a fuga e a aceitação da responsabilidade são as estratégias mais utilizadas, reflectindo uma combinação entre métodos adaptativos e desadaptativos. As estratégias de *coping* como confronto, auto-crítica, suporte social, aceitação da responsabilidade e fuga tendem a ser menos utilizadas por mulheres mais velhas, com maior número de filhos ou com gravidez planeada, sugerindo mudanças no estilo de enfrentamento ao longo da vida e de acordo com o contexto familiar.

Quando analisada a relação entre *coping* e adesão ao tratamento, verificou-se que a maioria das estratégias apresenta correlações negativas e significativas com a adesão, especialmente o suporte social, o confronto e a auto-crítica indicando que seu uso intensivo está associado a menor adesão. A reavaliação positiva foi a única estratégia sem correlação negativa significativa, sugerindo potencial para apoiar a adesão.

Estratégias como confronto, afastamento, suporte social e aceitação da responsabilidade predizem negativamente a adesão, enquanto apenas a reavaliação positiva emerge como predictor significativo e favorável ao comportamento de adesão. Isto sugere que estratégias mais focadas na reconstrução cognitiva e na valorização positiva da situação têm maior potencial de promover comportamentos terapêuticos adequados, ao passo que estratégias de evitamento, confronto directo ou auto-incriminação podem comprometer seriamente a continuidade do tratamento.

14. Sugestões

Aos Centros de Saúde

- Integrar psicólogos nas equipas de saúde para Implementar o rastreio sistemático das estratégias de *coping* nas consultas pré-natais. A identificação precoce de padrões disfuncionais como confronto, fuga, auto-crítica ou afastamento pode permitir que as equipas de saúde intervenham antes que tais comportamentos comprometam a adesão ao tratamento;
- Acompanhamento continuado das mulheres com maior vulnerabilidade psicossocial, nomeadamente aquelas com níveis mais baixos de escolaridade, em situação de informalidade laboral ou com número elevado de filhos.

Ministério de Saúde (MISAU)

- Criar protocolos de acompanhamento integrados TARV–Saúde Mental para o programa de saúde materno infantil nos cuidados primários de saúde.

15. Referências bibliográficas

Aragão, M. T. (2006). *Gravidez e maternidade: Aspectos psicológicos*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo;

Andrews, S., Williams, A. B., & Neil, K. (1993). *A relação mãe-filho na família HIV-1 positiva*. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 25(3), 193-198;

Antle, B. J., Wells, L. M., Goldie, R. S., DeMatteo, D., & King, S. M. (2001). *Desafios da parentalidade para famílias que vivem com HIV/AIDS*. *Social Work*, 46(2), 159-169;

Antoniazzi, A. S. et al., (1998). *O conceito de coping: uma revisão teórica*. *Estudos de psicologia, Natal-Brasil*, 3 (2), Dez;

Araújo, M. A. L. et al. (2008). *Gestantes portadoras do HIV: enfrentamento e percepção de uma nova realidade*. *Cienc Cuid Saude*, Abr/Jun;

Araújo, L. F. de; Leal, B. de S.; Santos, J. V. de O.; Sampaio, A. V. F. C. (2019). *Análise da resiliência entre pessoas que vivem com HIV/AIDS: Um Estudo Psicossocial*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35, Artigo e35416;

Austin, J., Luke, C., & DiFonzo, K. (2003). *O processo de revelação para mulheres com HIV*. *Revista da Associação de Enfermeiras em Cuidados com a AIDS*, 14(3), 67-75;

Bennetts, A., Shaffer, N., Manopaiboon, C., Chaiyakul, P., Siriwasin, W., Mock, P., ... & Clark, L. (1999). *Determinantes da depressão e preocupação relacionada ao HIV entre mulheres HIV-positivas que deram à luz recentemente*. Bangkok, Tailândia. *Social Science & Medicine*, 49(6), 737-749;

Batitucci, C. P. (2022). *Maternidade de mulheres vivendo com HIV e sua relação com o tratamento antirretroviral: estudo de revisão sistemática*. Dissertação de Mestrado, São Paulo;

Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2002). *Princípios de Ética Biomédica*. (4ª edição) São Paulo: Edições Loyola;

Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depressão: Causas e tratamento*. (2ª ed.). University of Pennsylvania Press;

Bennett, P. (2006). *Introdução Clínica a Psicologia da Saúde*. 1ª Edição, Climepsi Editores, Lisboa, Junho;

Brambatti, L. P. (2007). *Compartilhando olhares, diálogos e caminhos: Adesão ao tratamento antiretroviral e qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/AIDS em Maputo, Moçambique*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília, Dezembro;

Brandão, A.C.S. et al., (2008). *A Fisioterapia na atenção básica: actuação com gestante em carácter colectivo*. *Fisiot. Bras.*, v. 9, n. 2, p. 86-92, mar.-abr;

Black, B. P. (1994). *Oculto, mas visível: A construção social do estigma do HIV/AIDS no contexto da maternidade*. *Journal of Holistic Nursing*, 12(2), 145-162;

Buchalla, C. M. & Cardoso, M. R. A. (2006). *Principais desenhos de estudos epidemiológicos*. Capítulo 2. Disponível em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3323220/mod_resource/content/1/Capitulo%2020Principais%20desenhos%20de%20estudos.pdf consultado no dia 10/1/2024 pelas 14:45;

Calvetti, P. U. et al., (2014). *Factores psicossociais associados à adesão ao tratamento e qualidade de vida em pessoas que vivem com HIV/Aids no Brasil*. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(1):8-15;

Calvetti, P. Ü., Müller, M. C., & Nunes, M. L. T. (2014). *Estratégias de coping e sintomas depressivos em pessoas vivendo com HIV/AIDS*. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 31(1), 23–31. <https://doi.org/10.1590/0103-166X2014000100003>;

Cardoso, C. M. P. (2010). *Estratégias de coping, bem-estar e adaptação nas crianças e adolescentes com cancro: estudo exploratório*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa;

Carvalho, P. P. et al., (2019). *Factores associados à adesão à terapia antirretroviral em adultos: revisão integrativa da literatura*. *Ciência e Saúde Colectiva*, 24 (7), 2543-2555;

Carvalho, F. T., & Piccinini, C. A. (2006). *Gravidez e parto em mulheres HIV+: Experiências e sentimentos*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(3), 425-434.

Castro, A. (2001). *HIV/AIDS and motherhood in Brazil*. Tese de doutorado, Harvard University.

Chen, J. L., et al. (2001). *Pregnant women with HIV: Psychosocial and behavioral correlates*. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(4), 383-388.

Castrighini, C. C. et al., (2013). *Avaliação da auto-estima em pessoas vivendo com HIV/aids no município de Ribeirão Preto-SP*. *Texto Contexto Enfermagem*, 22(4), 1049-55;

Chesney, M. A., Neilands, T. B., Chambers, D. B., Taylor, J. M., & Folkman, S. (2006). *Um estudo de validade e confiabilidade da escala de auto-eficácia de enfrentamento*. *British Journal of Health Psychology*, 11(3), 421–437.

Ciambrone, D. (2001). *Doença e outros ataques ao eu: O impacto relativo do HIV/AIDS na vida das mulheres*. *Sociology of Health & Illness*, 23(4), 517-540.

Comissar, H. L. (2015). *O papel da família na adesão ao tratamento anti-retroviral em pacientes seguidos no Centro de Saúde 1º de Maio, Maputo*. Dissertação de Mestrado, UEM;

Dell’Aglío, D. D., & Hutz, C. S. (2002). *Estratégias de coping e adaptação psicológica: Contribuições da abordagem transacional*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18(3), 273–281;

D'Auria, J., Christian, A., & Miles, M. (2006). *Um estudo exploratório sobre a maternidade de mulheres afro-americanas HIV-positivas*. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(1), 71-77;

D'Cruz, P. (2002). *Escuridão envolvente: O impacto do HIV/AIDS na família*. *Families in Society*, 83(4), 416-430;

DeVellis, R. F. (2017). *Desenvolvimento de escalas: Teoria e aplicações* (4ª ed.). SAGE Publications;

Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. (2019). *O modelo de coping de Folkman e Lazarus*. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39(2), e198456;

Faria, E. R. et al., (2014). *Gestação e HIV: Predictores da Adesão ao Tratamento no Contexto do Pré-natal*. *Psic.: Teor. e Pesq.* 30 (2),Jun;

Folkman, S. (2013). *Estresse: Avaliação e enfrentamento*. Em M. D. Gellman & J. R. Turner (Eds.), *Enciclopédia de Medicina Comportamental*. Springer;

Folkman, S., & Greer, S. (2000). *Promover o bem-estar psicológico diante de doenças graves: quando teoria, pesquisa e prática se informam*. *Psico-Oncologia*, 9(1), 11–

19. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1611\(200001/02\)9:1<11::AID-PON424>3.0.CO;2-Z](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1611(200001/02)9:1<11::AID-PON424>3.0.CO;2-Z);

Folkman, S. (1997). Estados psicológicos positivos e lidar com estresse severo. *Ciências Sociais e Medicina*, 45(8), 1207-1221;

Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Enfrentamento: Armadilhas e promessas. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774;

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). *Uma análise do enfrentamento em uma amostra comunitária de meia-idade*. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239;

Folkman, S. (2010). Estresse, enfrentamento e esperança. *Psico-Oncologia*, 19(10), 1083-1089;

Freud, S. (1914). Zur Einführung des Narzißmus. *Jahrbuch der Psychoanalyse*, 6, 1-24. (Tradução portuguesa comum: Freud, S. (1975). *Introdução ao narcisismo*. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. 14, pp. 75-102). Imago;

Friedman, H. M., & Linkin, D. R. (2017). *Antiretroviral therapy and outcomes in HIV infection*. *ISD*;

Faithfull, J. (1997). *Mulheres HIV-positivas e infectadas pela AIDS: Desafios e dificuldades da maternidade*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67(1), 144-151;

Grangeiro, A. et al., (2010). *A epidemia de AIDS no Brasil e as desigualdades regionais e de oferta de serviço*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(12):2355-2367, dez;

García, M., López, A., & Pérez, R. (2026). *Health literacy and prenatal empowerment as predictors of adherence*. *Horizonte*, 12(1), 45-60. Disponível em <https://revistahorizonte.ujat.mx/horizonte/en/article/view/6168> consultado no dia 24 de Janeiro de 2026 pelas 14:30;

Guambe, S. M., Nogueira, F. J., & Baptista, R. C. (2019). *Desafios para a adesão ao TARV na perspectiva dos profissionais de saúde em Moçambique*. *Enfermeiro em Saúde*, 1(1), 1-10. <https://www.scielo.br/j/ptp/a/dQyh8QPSJtRpqs9rxJhGfZM/> consultado no dia 24 de Janeiro de 2026 pelas 14:30;

Governo da Província de Maputo. (2016). *Perfil distrital da Matola*. <https://www.pmaputo.gov.mz/por/layout/set/print/A-Provincia/Perfis-Distritais/Matola>;

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Análise de dados multivariados* (8ª ed.). Cengage Learning;

Instituto Nacional de Saúde-INS. (2022). *Relatório anual do HIV e SIDA em Moçambique*. Maputo: INS;

Ingram, D., & Hutchinson, S. A. (1999a). *Maternidade defensiva em mães HIV-positivas*. *Qualitative Health Research*, 9(2), 243-258;

Ingram, D., & Hutchinson, S. A. (2000). *Dilemas e as experiências reprodutivas e maternas de mulheres HIV-positivas*. *Qualitative Health Research*, 10(1), 117-132.

Instituto Nacional de Estatística-INE. (2017). *IV Recenseamento Geral da População e Habitação de 2017: Resultados definitivos*. INE. <https://mozdata.ine.gov.mz/index.php/catalog/98/study-description>;

Knauth, D. R. (1997). *Subjetividade feminina e soropositividade*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul;

Knauth, D. R. (2001). *A construção social do estigma da AIDS entre mulheres*. In P. C. B. Oliveira (Org.), *Sexualidade e gênero: Perspectivas culturais* (pp. 135-152). Editora da UFRGS;

Klein, J. M. & Goncalves, A. G. A. (2005). *A adesão Terapêutica em Contexto de Cuidados de Saúde Primários*. Universidade do Minho/Instituto de Educação e Psicologia, Campus de Gualtar, 4750-000 – Braga – Portugal *Psico-USF*, v. 10, n. 2, p. 113-120, Julho/Dezembro. 2005 Disponível em www.scielo.br/pdf/pusf/v10n2/v10n2a02.pdf no dia 05/10/2024 pelas 17:49;

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Estresse, avaliação e enfrentamento*. New York: Springer Publishing Company;

Leal, A. F., Santos, M. A., & Oliveira, R. C. (2014). *Preditores da adesão ao tratamento antirretroviral em gestantes com HIV*. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(5), 1023-1034;

Machado, M. M. T.; Braga, M. Q. C.; Galvão, M. T. G. (2010). *Problemas com a mama puerperal revelados por mães seropositivas*. São Paulo: Revista Escola Enfermagem USP, v.44, n.1, p.120-125;

Management Sciences for Health. (2022). *Uma revisão sistemática de fatores individuais e contextuais que afetam o início, adesão e retenção de TARV para gestantes e puérperas infectadas pelo HIV*. Disponível em: <https://msh.org/pt/resources/a-systematic-review-of-individual-and-contextual-factors-affecting-art-initiation-0/> consultado no dia 20 de Janeiro de 2026 pelas 14:30;

Magalhães, M. M., et al. (2002). *Diagnóstico de HIV no pré-natal: Impactos emocionais*. Revista da Escola de Enfermagem USP, 36(3), 123-130;

Misuta, C. B., et al. (2008). *Aconselhamento no pré-natal para HIV*. Revista de Saúde Pública, 42(4), 678-685;

Moyo, S., Wate, A. N., & Novela, A. (2022). *Factores associados à transmissão vertical do HIV*. Universidade Eduardo Mondlane;

Moura, E. R. F et al.; (2012). *Aspectos sexuais e perspectivas reprodutivas de mulheres com HIV/aids, o que mudou com a seropositividade*. Revista Cuba de Enfermagem, v.28, n1, p.37-48;

McDaniel, S. H., Hepworth, J., & Doherty, W. J. (1994). *Terapia familiar médica: Uma abordagem sistêmica para o tratamento de famílias que enfrentam problemas de saúde*. Artes Médicas;

Murphy, D. A., Marelich, W. D., & Hoffman, D. (2010). *Um estudo longitudinal sobre preditores psicossociais da adesão à medicação para HIV*. Journal of Behavioral Medicine, 33, 73–82;

Mellins, C. A., Ehrhardt, A. A., Newman, L., & Conard, M. (2000). *Rastreamento seletivo de transtornos psiquiátricos em mulheres HIV-positivas*. Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 7(4), 229-235;

Neves, L. A. S. (2005). *Percepções de mães seropositivas para o HIV acerca da severidade da infecção no período gestacional*. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo]. USP;

Nelms, T. P. (2005). *Vivendo com uma doença crônica: A experiência de mulheres com HIV*. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 16(3), 32-41;

Organização Mundial da Saúde. (2022). *Diretrizes consolidadas sobre prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidado de HIV, hepatite viral e IST*. Genebra: OMS;

Oliveira, G. V. J. (2023). Estratégias utilizadas por gestantes na adesão a terapia antirretroviral. *Lume UFRGS*;

Parker, R., & Aggleton, P. (2003). *Estigma e discriminação relacionados ao HIV e à AIDS: uma estrutura conceitual e implicações para a ação*. *Ciências Sociais e Medicina*, 57(1), 13–24. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00304-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00304-0);

Patrão, A. L., & McIntyre, T. M. (2017). *Fatores sócio-demográficos, conjugais e psicossociais associados ao uso de preservativos negociam a auto-eficácia entre mulheres moçambicanas em risco de infecção pelo HIV*. *Revista Internacional de Medicina Comportamental*, 24(6), 846–855. <https://doi.org/10.1007/s12529-017-9681-0>;

Patrão, A. L., & McIntyre, T. M. (2018). *Preditores sócio-demográficos, conjugais e psicossociais de comportamento sexual seguro entre mulheres moçambicanas em risco de HIV/AIDS*. *Revista Africana de Pesquisa sobre AIDS*, 17(4), 1–9. <https://doi.org/10.2989/16085906.2018.1536672>;

Patrão, A. L., McIntyre, T. M., Costa, E. C. V., Matediane, E., & Azevedo, V. (2021). *Testando a eficácia de duas intervenções psicossociais sobre fatores de risco sociocognitivos para HIV/AIDS em mulheres moçambicanas: um ensaio clínico randomizado*. *AIDS Educação e Prevenção*, 33(3), 169–186;

Patrão, A. L., McIntyre, T. M., Costa, E. C. V., Matediane, E., & Azevedo, V. (2023). *Testando a eficácia de duas intervenções psicossociais – ACCENT e Didactic – para prevenir fatores de risco comportamentais para HIV/AIDS em mulheres moçambicanas*. *AIDS Care*. <https://doi.org/10.1080/13548506.2023.2229236>;

Penn, P. (2001). *Trauma, linguagem e escrita na doença crônica*. *Sistemas Familiares*. Buenos Aires.

Piccinini, C. A. et al., (2008). *Gestação e a constituição da maternidade*. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 1, p. 63-72, jan./mar;

Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J. Y., & Podsakoff, N. P. (2003). *Viés de método comum em pesquisa comportamental: uma revisão crítica da literatura e soluções recomendadas*. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879–903. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.5.879>;

Remor, E. (2016). *Teste psicométrico de campo do instrumento para avaliação de preditores psicológicos de bem-estar e qualidade de vida em pessoas com HIV ou AIDS*. *AIDS Behavior*, 20, 1360-1369. DOI 10.1007/s10461-012-0230-1;

Resende, M. C. et al. (2008). *Coping e satisfação com a vida em adultos com AIDS*. *PSICO*, 39(2), 232-239.

Rezende, J., & Montenegro, C. A. (2020). *Obstetrícia Fundamental*. 14^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan;

Ribeiro, K. M. (2021). *Os factores psicossociais associados à adesão aos cuidados de saúde no tratamento para o HIV/AIDS*. Dissertação de Mestrado, UFRGS, Porto alegre, Brasil;

Santos, F. B. (2011). *Abandono do tratamento antirretroviral e busca consentida de casos de pessoas vivendo com HIV/AIDS*. Universidade de Brasília, Brasília, DF, Julho;

Santos, J., et al. (2020). Análise de fatores associados à realização de consultas pré-natais. *Anais IHMT*;

Seidl, EMF, Zannon, CMLC e Tróccoli, BT (2017). *Estratégias de enfrentamento e saúde mental em pessoas que vivem com HIV/AIDS*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 33;

Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L. C. (2001). *Análise factorial de uma medida de estratégias de enfrentamento*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(1), 25–34. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722001000100004>;

Sandelowski, M., & Barroso, J. (2003). *Maternidade no contexto da infecção materna pelo HIV*. *Pesquisa em Enfermagem e Saúde*, 26(6), 470-482;

Shannon, M., Kennedy, H. P., & Humphreys, J. (2008). HIV/AIDS and motherhood. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 19(5), 375-386;

Silva, L. C. (2003). *Maternidade e soropositividade: Significados*. Tese de doutorado, USP;

Silva, F., & Pedroso, J. (2020). *Alfabetização, comportamento de saúde e gestão de doenças crônicas*. *Journal of Health Psychology*, 25(9), 1141–1153;

Silva, R. T. S. et al. (2018). *Estratégias de enfrentamento utilizadas por pessoas vivendo com aids frente à situação da doença*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*;

Smith, J. D., & Rivera, P. L. (2019). *O impacto do TARV na saúde global*. *Revista de Saúde Pública*, 45(3), 210-225;

Seffner, F. (2001). *Segredo e revelação: Estratégias de mulheres portadoras de HIV/AIDS*. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(3), 623-633;

Sweeney, S. M., & Venable, P. A. (2016). *A associação do estigma relacionado ao HIV com a adesão à medicação para HIV: uma revisão sistemática e síntese da literatura*. *AIDS e Comportamento*. <https://doi.org/10.1007/s10461-015-1075-7>;

Serovich, J. M., Kimberly, J. A., Mosack, K. E., & Lewis, T. L. (2001). *O papel do apoio social da família e dos amigos na redução do sofrimento emocional em mulheres HIV positivas*. *AIDS Care*, 13(3), 335-341.

Sherr, L., & Barry, N. (2004). *Paternidade e HIV: parentalidade positiva e o impacto do HIV nos pais*. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22(3), 165-180;

Snyder, C. R., & Dinoff, B. L. (1999). *Enfrentamento: Onde você esteve?* Em C. R. Snyder (Ed.), *Enfrentamento: A psicologia do que funciona* (pp. 3-19). Oxford University Press.

Tompkins, T. L., Henker, B., Whalen, C. K., Axelrod, J., & Comer, L. K. (1999). *Maternidade no contexto da infecção pelo HIV: Lendo nas entrelinhas*. *Diversidade Cultural e Psicologia de Minorias Étnicas*, 5(3), 197-208.

Tunala, L. G. (2002). *Fontes de estresse cotidiano em mulheres portadoras do HIV/AIDS*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18(3), 273-282.

Takagishi, Y. et al., (2014). *Estrutura do Inventário de Enfrentamento para Situações Estressantes (CISS) em Trabalhadores Japoneses*. *Psychology*, 5, 1620-1628;

Ulla, S., & Remor, E. (2002). *Aspectos psicossociais e imunológicos da infecção pelo HIV*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(2), 345–356. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722002000200015>;

UNAIDS. (2022). *Atualização Global sobre AIDS 2022*. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS;

UNAIDS. (2023). *Atualização global sobre a AIDS*. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS;

UNAIDS. (2023). *O caminho que acaba com a AIDS: atualização global da AIDS 2023*. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. Disponível em <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2023/global-aids-update-2023>;

UNAIDS. (2023). *O caminho que acaba com a AIDS: atualização global da AIDS 2023*. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. Disponível em <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2023/global-aids-update-2023>;

Van Loon, R. A. (2000). *Redefinindo a maternidade: Adaptação à mudança de papéis para mulheres com AIDS*. *Families in Society*, 81(2), 152-161.

Vilar, D. (2021). *Não é só um bebê: Um guia feminista para a maternidade*. Manuscrito.

Apêndices

Questionário Sócio-demográfico e clínico

1.Código do Participante: _____

2.Idade: _____ anos

3.Profissão: _____

4. Bairro de Morada: _____

5.Estado Civil: Solteiro ___ Casado (a)/União de facto ___

Divorciado(a)/Separado ___ Viúvo (a) ___

6.Número de Filhos: _____

7.Escolaridade: Analfabeto(a) ___ Sabe ler e escrever ___ Ensino primário ___ Ensino secundário ___ Curso Superior ___

8.Gravidez planeada: Sim ___ Não ___

9.Com quem vive: Vive sozinho () Vive com cônjuge e filhos () Vive com os pais ()
Vive com outros parentes ()

10. Religião: Cristianismo () Judaísmo () Islã () Budismo () Hinduísmo () Nenhuma ()
) Outro () Prefere não dizer ().

11. Aderente ao tratamento: Sim () Não ()

Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus

As frases abaixo descrevem atitudes que podem ser tomadas em situações de estresse. Leia cada uma delas e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada, o que você fez na situação que acabou de descrever, de acordo com a seguinte classificação:

- **0-Não usei esta estratégia**
- **1-Usei um pouco**
- **2-Usei bastante**
- **3-Usei em grande quantidade**

| | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|
| 1. | Me concentrei no que deveria ser feito em seguida, no próximo passo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. | Tentei analisar o problema para entendê-lo melhor. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. | Procurei trabalhar ou fazer alguma atividade para me distrair. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. | Deixei o tempo passar - a melhor coisa que poderia fazer era esperar, o tempo é o melhor remédio. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. | Procurei tirar alguma vantagem da situação. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. | Fiz alguma coisa que acreditava que não daria resultados, mas ao menos eu estava fazendo alguma coisa. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. | Tentei encontrar a pessoa responsável para mudar as suas idéias. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. | Conversei com outra(s) pessoa(s) sobre o problema procurando mais dados sobre a situação. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. | Me critiquei, me repreendi. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. | Tentei não fazer nada que fosse irreversível, procurando outras opções. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. | Esperiei que um milagre acontecesse. | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|
| 12. | Concordei com o fato, aceitei meu destino. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. | Fiz como se nada tivesse acontecido. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. | Procurei guardar para mim mesmo(a) os meus sentimentos | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. | Procurei encontrar o lado bom da situação. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. | Dormi mais que o normal. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. | Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. | Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. | Disse coisas a mim mesmo(a) que me ajudassem a me sentir bem. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. | Me inspirei a fazer algo criativo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. | Procurei esquecer a situação desagradável. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22. | Procurei ajuda profissional. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23. | Mudei ou cresci como pessoa de uma maneira positiva. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. | Esperei para ver o que acontecia antes de fazer alguma coisa. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25. | Desculpei ou fiz alguma coisa para repor os danos. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26. | Fiz um plano de ação e o segui. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27. | Tirei o melhor que poderia da situação, que não era o esperado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28. | De alguma forma extravasei os meus sentimentos. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29. | Compreendi que o problema foi provocado por mim. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30. | Saí da experiência melhor do que eu esperava. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31. | Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32. | Tentei descansar, tirar férias a fim de esquecer o problema. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33. | Procurei me sentir melhor, comendo, fumando, utilizando drogas ou medicação. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 34. | Enfrentei como um grande desafio, fiz algo muito arriscado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35. | Procurei não fazer nada apressadamente ou seguir meu impulso. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 36. | Encontrei novas crenças. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37. | Mantive meu orgulho não demonstrando meus sentimentos. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38. | Redescobri o que é importante na vida. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38. | Modifiquei aspectos da situação para que tudo desse certo no final. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40. | Procurei fugir das pessoas em geral. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 41. | Não deixei me impressionar, me recusava a pensar muito sobre esta situação. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 42. | Procurei um amigo ou um parente para pedir conselhos. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 43. | Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 44. | Minimizei a situação me recusando a preocupar-me seriamente com ela. | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|
| 45. | Falei com alguém sobre como estava me sentindo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 46. | Recusei recuar e batalhei pelo que eu queria. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 47. | Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 48. | Busquei nas experiências passadas uma situação similar. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 49. | Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 50. | Recusei acreditar que aquilo estava acontecendo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 51. | Prometi a mim mesmo(a) que as coisas serão diferentes na próxima vez. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 52. | Encontrei algumas soluções diferentes para o problema. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 53. | Aceitei, nada poderia ser feito. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 54. | Procurei não deixar que meus sentimentos interferissem muito nas outras coisas que eu estava fazendo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 55. | Gostaria de poder mudar o que tinha acontecido ou como me senti. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 56. | Mudei alguma coisa em mim, me modifiquei de alguma forma. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 57. | Sonhava acordado(a) ou imaginava um lugar ou tempo melhores do que aqueles em que eu estava. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 58. | Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 59. | Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 60. | Rezei. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 61. | Me preparei para o pior. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 62. | Analisei mentalmente o que dizer e o que fazer. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 63. | Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 64. | Procurei ver as coisas sobre o ponto de vista da outra pessoa. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 65. | Eu disse a mim mesmo(a) "que as coisas poderiam ter sido piores". | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 66. | Corri ou fiz exercícios. | 0 | 1 | 2 | 3 |

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



FACULDADE DE
MEDICINA
FUNDADA EM 1963

MESTRADO EM SAÚDE MENTAL E PSICOINTERVENÇÕES

Termo de Consentimento Livre e Informado

TÍTULO DO PROTOCOLO: Estratégias de *Coping* Adoptadas por Mulheres Grávidas em Tratamento Anti-retroviral para Lidar com os Desafios da Gravidez e da Terapia em Unidades Sanitárias da Matola: Um estudo Analítico Transversal

Versão e data do protocolo: 1ª Versão, Abril de 2025

Investigador Principal: Hélder Glécio Filimão Munguambe

Filiação dos Investigadores: Faculdade de Medicina-Universidade Eduardo Mondlane

Introdução

Prezada participante, chamo-me _____ faço parte da equipa de investigação da pesquisa sobre: “Estratégias de *Coping* Adoptadas por Mulheres Grávidas em Tratamento Anti-retroviral para Lidar com os Desafios da Gravidez e da Terapia em Unidades Sanitárias da Matola: Um estudo Analítico Transversal”. Esta pesquisa tem como principal objectivo analisar a relação entre as estratégias de *coping* adoptadas por mulheres grávidas em tratamento antirretroviral e a adesão ao TARV e a mesma é realizada no âmbito da dissertação de mestrado em Saúde Mental e Psicointervencções.

Se precisar de mais informação ou tiver dúvidas sobre o estudo a qualquer momento pode falar comigo para esclarecimentos ou pode contactar o investigador principal: Hélder Glécio Filimão Munguambe, pelo telefone nº: 824980288 / 846756082, ou pelo correio electrónico: heldermunguambe2@gmail.com.

Não precisa tomar nenhuma decisão precipitada em relação ao consentimento para participar do estudo, podendo consultar alguém da sua inteira confiança para auxiliar-lhe na tomada de decisão.

Justificativa

Pedimos para que participe da pesquisa porque as mulheres grávidas vivendo com HIV enfrentam desafios particulares relacionados tanto à gestação quanto ao tratamento anti-retroviral, entre os quais se destacam os esforços visando à prevenção da transmissão materno-infantil do vírus conforme descrito anteriormente. A adesão ao tratamento anti-retroviral na gestação e consequente redução da carga viral é a medida de maior impacto para a prevenção da infecção pediátrica. Entretanto, a adesão ao tratamento tem-se mostrado uma tarefa, por vezes, difícil de ser atendida, inclusive no contexto da gestação. Ao participar da pesquisa permitirá que sejam gerados conhecimentos sobre o tema que irão contribuir para a criação de estratégias e políticas públicas que vão garantir que elas recebam o cuidado necessário consoante as suas necessidades psicossociais.

Objectivos da Pesquisa

Este estudo tem como objectivo principal Relacionar as estratégias de coping adoptadas por mulheres grávidas em TARV e a adesão ao tratamento., e de modo a conseguir alcançar o objectivo principal faremos o seguinte: Descrever os dados sócio-demográficos e clínicos das mulheres em TARV e sua relação com as estratégias de coping; Identificar as estratégias de coping adoptadas pelas mulheres grávidas em seguimento TARV; Definir as estratégias de coping adoptadas pelas mulheres grávidas e a sua relação com a adesão ao TARV.

Tipo de Pesquisa/Intervenção

É um estudo analítico transversal com uma abordagem quantitativa. A escolha desse tipo de estudo surge pelo facto de buscarmos realizar associações. Para efectivar a mesma usaremos os seguintes instrumentos de recolha de dados: questionário sócio-demográfico e clínico e o Inventário de Estratégias de *Coping* de Folkman e Lazarus.

Seleção dos Participantes

Foste seleccionada para participar do estudo por preencher os critérios de inclusão previamente definidos, nomeadamente: Estar inscrita nos cuidados e tratamento de HIV; Estar em seguimento a mais de 3 meses; Ter idade igual ou acima de 18 anos.

Participação Voluntária

Você é livre de participar no estudo ou de recusar a participar e você pode retirar-se deste estudo a qualquer momento. Não haverá consequências negativas para si, se decidir que não quer participar ou se deixar de participar no meio da entrevista. Podemos terminar a sua participação no estudo a qualquer momento.

Procedimentos

Os procedimentos para a realização do estudo vão consistir nos seguintes aspectos a saber:

- Realização das entrevistas com base em um questionário e o inventário. (Não serão pedidos fotos e ou gravações);
- Realização da entrevista com duração entre 40 à 45 minutos, num gabinete que vai lhe oferecer privacidade;
- Os tópicos que serão abordados são referentes a informação pessoal e sobre as variadas formas de estratégias de *coping* adoptadas para enfrentar situações stressantes;
- As entrevistas serão feitas somente uma vez com o consentimento do participante.

Riscos, Desconfortos e Inconvenientes

Existem alguns riscos ao participar do estudo, nomeadamente: o estudo pode afectar os seus sentimentos; Desistência de participação no estudo por causa do dispêndio de tempo; Possível alteração do comportamento provocadas pela evocação de memórias sobre sua condição serológica.

Os riscos serão minimizados da seguinte maneira: Esclarecimento do objectivo do estudo, garantia da liberdade de recusar a continuar a responder o questionário sem penalização nenhuma por parte dos pesquisadores e o encaminhamento, caso necessário a assistência por outros profissionais, nomeadamente psicólogos e técnicos de psiquiatria.

Benefícios

Proporcionar um espaço seguro para que compartilhe suas experiências e desafios, poderá ser ouvida e compreendida; Contribuir com as informações para a melhoria das políticas de saúde no contexto da assistência da mulher grávida em TARV; Oportunidades de ser agente da sua própria mudança;

Custos da Participação/Compensações

Não existem custos para a participação no estudo, e do mesmo modo também não haverão compensações.

Privacidade

As entrevistas serão realizadas em uma sala previamente identificada onde lhe ofereça privacidade. Não será registado o seu nome nos instrumentos de recolha de dados (apenas será usado um código para identificação). O termo de consentimento será armazenada em um local diferente do local armazenado para os instrumentos de recolha de dados para garantir que não haja relação que possa identificá-la.

Confidencialidade

Tudo o que for falado vai ficar entre os investigadores do estudo, todos eles vão assinar uma declaração de confidencialidade. Também mantemos o sigilo dando um código a cada entrevista e a data em que a informação foi colhida. Os dados recolhidos serão somente usados para esta pesquisa.

Todas as entrevistas serão guardadas num cacifo com uma chave que somente o investigador principal terá acesso. Nenhuma informação que identifique os participantes irá aparecer no relatório do estudo. Após a publicação do relatório final, as entrevistas serão destruídas.

Partilha de Resultados

Os resultados preliminares do estudo serão partilhados através da apresentação da dissertação na Universidade Eduardo Mondlane na Faculdade de Medicina e também serão partilhados com a Direcção Provincial de Saúde e a posterior serão apresentados em fóruns científicos. Os mesmos poderão ser publicados também em revistas científicas em forma de artigo científico.

A quem contactar

Se precisar de mais informação sobre o estudo pode falar comigo ou pode contactar a investigadora principal: Hélder Glécio Filimão Munguambe, telefone: 824980288/846756082, correio eletrónico: heldermunguambe2@gmail.com ou pode contactar pelo seguinte endereço físico: Av. de Moçambique, Bairro de Bagamoyo, Q1, Casa n° 60.

Se preferir pode também contactar Comité Institucional Ético- científico da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane (UEM), através do número de celular: 827906276/856420756.

Nome e Contacto do Comité de Ética que Aprovou

Comité Institucional de Bioética para a Saúde da Faculdade de Medicina e Hospital Central de Maputo (CIBS FM & HCM), contacto: 827906276/856420756.

Declaração do Consentimento Livre e Informado

Estratégias de *Coping* Adoptadas por Mulheres Grávidas em Tratamento Antirretroviral para Lidar com os Desafios da Gravidez e da Terapia em Unidades Sanitárias da Matola: Um estudo Analítico Transversal

Declaro que fui explicada e entendi o propósito desta pesquisa. Não me obrigaram a aceitar participar. Voluntario-me a participar e sei que, se eu quiser posso deixar de participar a qualquer momento. Receberei uma cópia deste formulário de consentimento.

Assinatura do participante

Data e Hora

Impressão digital do
participante que não
sabe assinar

Nome do participante (em maiúsculas)

Data e Hora

Assinatura da pessoa que realizou a explicação do consentimento

Data e Hora

Assinatura (em maiúsculas) da pessoa que realizou a explicação do consentimento

Data e Hora

Assinatura da testemunha imparcial

Data e Hora

Assinatura (em maiúsculas) da testemunha imparcial

Data e Hora

ANEXOS

Carta de cobertura do local da pesquisa



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
PROVÍNCIA DE MAPUTO
DIRECÇÃO PROVINCIAL DE SAÚDE

Ao
Senhor
Helder Glécio Filimão Munguambe
Contacto: 846543465/876543465
Maputo

N/Ref.Nº.: 488/008 DPSM-DFP/2025

Matola, 19 de Março de 2025

Assunto: Autorização para a realização do estudo intitulado *“Estratégias de Coping Adoptadas por Mulheres Grávidas em Tratamento Anti-retroviral (TARV), para Lidar com os Desafios da Gravidez e da Terapia em Unidades Sanitárias da Cidade da Matola- Um Estudo Analítico Transversal”*.

No dia 14 de Março de 2025, deu entrada nesta direcção o seu pedido no qual solicita carta de cobertura no âmbito do estudo do tema em referência, inserido no âmbito de culminação do Curso de Mestrado em Saúde Mental e Psicointervenções na Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane. Sobre o pedido, a Direcção Provincial de Saúde de Maputo, pronuncia-se nos seguintes termos:

- Autoriza-se o Senhor **Helder Glécio Filimão Munguambe**, a realizar a recolha de dados para subsidiar o estudo, nos Centros de Saúde de Nkobe, Malhampsene e Muhalaze, no Distrito da Matola; devendo, antes, comunicar a esta direcção a data de início e fim do estudo, após a aprovação ética do protocolo de pesquisa;
- Orienta-se e agradece-se a partilha dos resultados em primeira mão com esta direcção e os locais de estudo;
- Para qualquer necessidade de comunicação e monitoria, durante a realização do estudo, são indicadas como pontos focais, ao nível desta direcção, as senhoras **Cármem Bruno**, contactável pelo nº 84509990/875099076 e **Nora Mavila**, contactável pelo nº 8457818090/860200682.

Cordiais saudações.


O Director Provincial

Daniel Arlindo Chemane
(Médico de Clínica Geral Principal)

Cc:

- SDSMAS - Matola
- DFP - Cármem Bruno
- DSP - Nora Mavila



ACE Scanner

Carta de Aprovação Ética



Comité Institucional de Bioética em Saúde da
Faculdade de Medicina/Hospital Central de
Maputo



(CIBS FM&HCM)

*Dr. Vasco António Muchanga, Presidente do Comité Institucional de Bioética em Saúde da
Faculdade de Medicina/Hospital Central de Maputo (CIBS FM&HCM)*

CERTIFICA

Que este Comité avaliou a proposta do (s) Investigador (es) Principal (is):

Nome (s): Hélder Glécio Filimão Munguambe

Protocolo de investigação: Versão 1,0 de 25 de Abril de 2025

Consentimentos informados: Versão 1,0 de 25 de Abril de 2025

Instrumento de recolha de dados: Versão 1,0 de 25 de Abril de 2025

Do estudo:

TÍTULO; *“Estratégias de Coping Adoptadas por Mulheres Grávidas em Tratamento Anti-retroviral para Lidar com os Desafios da Gravidez e da Terapia em Unidades Sanitárias Seleccionadas da Cidade da Matola: Um estudo Analítico Transversa.”*

Janeiro de 2025

Após revisão do protocolo pelos membros do comité durante a reunião do dia de 06 de Março de 2024 e que será incluída na acta 14/2025, o CIBS FM&HCM, emite este informe notando que não há nenhuma inconveniência de ordem ética que impeça o início do estudo.

2º Que a revisão realizou-se de acordo com o Regulamento do Comité Institucional da FM&HCM – emenda 2 de 28 de Julho de 2014.

3º Que o protocolo está registado com o número CIBSFM&HCM/60/2025.

4º Que a composição actual do CIBS FM&HCM está disponível na secretária do Comité.

5º Não foi declarado nenhum conflito de interesse pelos membros do CIBS FM&HCM.

6º O CIBS FM&HCM faz notar que a aprovação ética não substitui a aprovação científica nem a autorização administrativa.

7º A aprovação terá validade de 1 ano, até 10 de Maio de 2026. Um mês antes dessa data, o Investigador deve enviar um pedido de renovação se necessitar.

8º Recomenda-se aos investigadores que mantenham o CIBS informado do decurso do estudo no mínimo uma vez ao ano.

9º Solicitamos aos investigadores que enviem no final de estudo um relatório dos resultados obtidos

E emite

RESULTADO: APROVADO

Assinado em Maputo aos 09 de Maio de 2025

**Credencial de Autorização dos Serviços Distritais de Saúde Mulher e Acção Social
da Matola para a Recolha de Dados**



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
PROVÍNCIA DE MAPUTO
GOVERNO DO DISTRITO DA MATOLA
SERVIÇO DISTRITAL DE SAÚDE, MULHER E ACÇÃO SOCIAL

CREDÊNCIAL

Vai devidamente credenciado o Senhor **Hélder Glécio Filimão Munguambe**, investigador principal a fim de realizar um estudo intitulado "Estratégia de Coping adoptadas por mulheres grávidas em tratamento anti-retroviral para lidar com desafios da gravidez e da terapia" Caso Centro Saúde de Nkobe, Malhampsene e Muhalaze, no Distrito da Matola a partir do dia 23 Junho a 23 de Agosto de 2025.

Matola, ao 23 de Junho de 2025



O Chefe de RH
= Clérigo Manuel Macho Nuvunga =
Técnico Profissional /



REMITEM

Serviço Distrital de Saúde Mulher Acção Social da Matola

Av:5 de Fevereiro n° 812-Tel:06-866651738

Declaração do Supervisor Autorizando a Submissão para Avaliação


Parecer do Supervisor (para a submissão ds Dissertação)

Faculdade de Medicina

Departamento de Saúde Mental Curso: Mestrado em Saúde Mental e
Psicointervenções

Joaquim Matavel, afecto ao Ministerio da Saúde departamento de saúde mental e Faculdade de Medicina-Universidade Eduardo Mondlane, supervisor do estudante **Hélder Glécio Filimão Munguambe**, do curso de Mestrado em Saúde Mental e Psicointervenções, tendo verificado que a dissertação: **Estratégias de *Coping* Adoptadas por Mulheres Grávidas em Tratamento Anti-retroviral para Lidar com os Desafios da Gravidez e da Terapia em Unidades Sanitárias Seleccionadas da Cidade da Matola: Um estudo Analítico Transversal**, cumpre com os requisitos indicados do RCPG, recomenda que o trabalho seja submetido a avaliação.

Maputo, 05 de Março de 2026



Assinatura legível do supervisor

Evidência de participação em eventos científicos (evidência de ter apresentado um comunicado oral e/ou poster produzido em eventos científicos)



CERTIFICADO

Certificamos que **Hélder Glécio Filimão Munguambe**, apresentou a comunicação intitulada **Estratégias de Coping Adoptadas por Mulheres Grávidas em Tratamento Anti-retroviral para Lidar com os Desafios da Gravidez e da Terapia em Unidades Sanitárias Seleccionadas da Cidade da Matola: Um estudo Analítico Transversal** nas Jornadas Científicas da Faculdade de Educação e Psicologia edição 2025, realizada nos dias **22 à 24 de Setembro de 2025**.

Maputo aos 24 de Setembro de 2025

Prof. Doutor **Bonifácio Obadias Langa**
Director da Faculdade de Educação e Psicologia

Comprovativo de Submissão de Artigo Científico a uma Revista

02/03/26, 14:58

Gmail - Obrigado pela submissão a Revista Moçambicana de Psicologia e Educação



helder munguambe <heldermunguambe2@gmail.com>

Obrigado pela submissão a Revista Moçambicana de Psicologia e Educação

1 mensagem

Faculdade de Educação e Psicologia <revistas@up.ac.mz>

28 de fevereiro de 2026 às 16:58

Para: Helder Glecio Filimao Munguambe <heldermunguambe2@gmail.com>

Helder Glecio Filimao Munguambe,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Estratégias de Coping e Adesão ao Tratamento Antirretroviral em Mulheres Grávidas Vivendo com HIV na Cidade da Matola, Moçambique: Um Estudo Transversal" à revista Revista Moçambicana de Psicologia e Educação. Através do sistema de gestão editorial online que estamos a utilizar, conseguirá acompanhar o progresso no processo editorial, bastando entrar no sistema disponível em:

URL do Manuscrito: <https://revistas.up.ac.mz/psiedu/workflow/access/186>

Nome de utilizador: helder2026

Em caso de dúvidas, entre em contacto connosco. Agradecemos mais uma vez considerar a nossa revista como meio de transmitir ao público o seu trabalho científico.

—

Esta é uma mensagem automática de [Revista Moçambicana de Psicologia e Educação](#).