
FATORES DE RISCO PARA A MATERNIDADE ENTRE ADOLESCENTES VIVENDO COM HIV¹

Gabriela Vescovi

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre-RS, Brasil

Luciana Castoldi

Ambulatório de Dermatologia Sanitária, Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, Brasil

Marco Daniel Pereira

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra, Portugal

Daniela Centenaro Levandowski²

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre-RS, Brasil

RESUMO. O presente estudo buscou identificar os fatores de risco para a vivência da gestação e maternidade em jovens vivendo com HIV. Realizou-se um estudo qualitativo de casos múltiplos com três jovens HIV+ (17 a 19 anos), primíparas, com bebês de 4 a 6 meses, recrutadas em serviços especializados de Porto Alegre, Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada e questionários de apoio social e adesão ao tratamento. Identificaram-se como fatores de risco para maiores dificuldades na vivência da gestação/maternidade: descoberta da soropositividade durante a gestação, baixa adesão ao tratamento antirretroviral e não realização desse tratamento pelo parceiro, além de dificuldades enfrentadas nos serviços de saúde. Os achados indicam a necessidade de busca ativa de adolescentes gestantes/mães que vivem com HIV e de inclusão do companheiro no seu acompanhamento de saúde, a fim de minimizar o impacto desses fatores de risco e facilitar a transição para a maternidade.

Palavras-chave: Adolescência; HIV; maternidade.

RISK FACTORS FOR MOTHERHOOD AMONG ADOLESCENTS LIVING WITH HIV

ABSTRACT. The present study aimed to identify risk factors for the experience of pregnancy and motherhood among young mothers living with HIV. A qualitative multiple case study was conducted with three young primiparous mothers HIV+ (17 to 19 years), whose babies were between 4 and 6 months old. Participants were recruited from specialized care services in Porto Alegre/RS, Brazil. Data were collected using social support and adherence to treatment questionnaires and a semi-structured interview. Seropositivity during pregnancy, low adherence to antiretroviral treatment and non-adherence to this treatment by their partners, as well as the difficulties related to the health services were identified as risk factors for a less positive experience of pregnancy and motherhood. These findings indicate the need of an active search of pregnant or adolescent mothers living with HIV, as well as of including the partner in their health care. This will be important to minimize the impact of the risk factors and to facilitate the transition to motherhood.

Keywords: Adolescence; HIV; motherhood.

FACTORES DE RIESGO PARA LA MATERNIDAD ENTRE ADOLESCENTES QUE VIVEN CON EL VIH

RESUMEN. El objetivo de esta investigación fue identificar los factores de riesgo para la experiencia del embarazo y maternidad en jóvenes que viven con el VIH. Se realizó un estudio cualitativo de casos múltiples con tres jóvenes VIH+ (17-19 años), primíparas, con bebês de 4 a 6 meses, reclutadas en servicios especializados de Porto Alegre, Brasil. Se recogió los datos por intermedio de entrevistas semiestructuradas y cuestionarios de

¹ *Apoio e financiamento:* Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS).

² *E-mail:* danielal@ufcspa.edu.br

apoyo social y de adhesión al tratamiento. Se identificaron como factores de riesgo para más dificultades en la experiencia del embarazo/maternidad: descubrimiento de la seropositividad durante el embarazo, la baja adhesión al tratamiento antirretroviral y no adhesión del compañero a este tratamiento, además de dificultades afrontadas en los servicios de salud. Los resultados indican la necesidad de una búsqueda activa de adolescentes embarazadas y madres que viven con el VIH y de inclusión del compañero en su vigilancia de salud, para disminuir el impacto de estos factores de riesgo y facilitar la transición hacia la maternidad.

Palabras-clave: Adolescencia; VIH; maternidad.

Introdução

A gravidez/maternidade adolescente tem sido considerada um problema de saúde pública em diversos países (por ex., Chandra-Mouli, Camacho, & Michaud, 2013), sobretudo devido ao seu impacto biopsicossocial. Este impacto tem se traduzido em maiores níveis de estresse emocional (Kingston, Heaman, Fell, & Chalmers, 2012), dificuldades no relacionamento amoroso e maior probabilidade de rompimento (Rosand, Slinning, Roysamb, & Tambs, 2014), abandono escolar precoce (Almeida & Aquino, 2011) e menor rendimento acadêmico e investimento na carreira (Araújo-Pedrosa, Pires, Carvalho, Canavarro, & Dattilio, 2011). Nesta perspectiva, a gestação antes da idade adulta tem sido frequentemente considerada como um fator de risco para as jovens e suas famílias, predispondo-as a uma situação de vulnerabilidade.

O impacto biopsicossocial pode ser agravado quando a gestação é acompanhada de uma condição médica, como a infecção por HIV. Segundo informações do Boletim Epidemiológico AIDS/DST do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2014), no Brasil, desde 2000 até junho de 2014, dentre as 84.558 notificações de gestantes infectadas com o HIV, cerca de 16% referem-se a adolescentes com idades entre 10 e 19 anos. Contudo, mesmo frente a essa realidade, são escassos os estudos sobre a vivência da soropositividade entre gestantes e mães adolescentes, verificando-se, quer no Brasil quer internacionalmente, um predomínio de estudos com mulheres adultas (por ex., Faria & Piccinini, 2010; Kennedy et al., 2014; Sanders, 2008). Especificamente quanto às gestantes adolescentes, um estudo de Paiva e Galvão (2006), realizado com uma jovem de 16 anos, identificou a ausência do uso de preservativo, dificuldades na adesão à terapia antirretroviral (TARV) e o não reconhecimento do HIV como um problema de saúde. Embora trazendo achados relevantes, por apontar alguns fatores de risco para a saúde dessa jovem, considerando o seu status sorológico, o escopo do estudo não abarcou a análise de fatores de risco psicossociais relativos à vivência da gestação e da maternidade na vigência do HIV.

Nesse sentido, no âmbito da gestação na presença do HIV, uma revisão recente da literatura brasileira mostrou que esta vivência pode ser especialmente difícil para as mulheres, sendo permeada por maiores dificuldades de adaptação e emergência de preocupações sobre a TARV e, essencialmente, sobre a transmissão do HIV ao bebê (Levandowski et al., 2014). Porém, a literatura também tem evidenciado resultados positivos, indicando a gravidez como um motivo de orgulho para as mães adolescentes (Cerqueira-Santos, Paludo, Dei Schirò, & Koller, 2010) e a maternidade como uma força motivadora, uma demonstração de vida e de “normalidade” para as mulheres soropositivas, o que auxilia tanto na assimilação do diagnóstico quanto na adesão à TARV pessoal e do bebê (Sandelowski & Barroso, 2003).

Assim, embora exista evidência de que a maternidade na adolescência pode atuar como um contexto protetor (Barr, Simons, Simons, Gibbons, & Gerrard, 2013), como também evidenciado entre mães adolescentes que viviam com o HIV (Vescovi, Pereira, & Levandowski, 2014), a vivência simultânea da gravidez/maternidade, da adolescência e da infecção pelo HIV é uma situação emocionalmente complexa, podendo impactar a TARV e o seu cumprimento, bem como a vivência da maternidade e a relação com o bebê. Deste modo, pode ser considerada como uma situação de risco. Neste sentido, é importante identificar os fatores de risco aos quais essas adolescentes se encontram expostas. O conhecimento destes fatores, definidos como as condições ou variáveis associadas a uma maior probabilidade de ocorrência de resultados negativos ou indesejáveis, tais como problemas físicos, psicológicos, comportamentais e sociais (Koller, Morais, & Cerqueira-Santos, 2009), é essencial para auxiliar os diferentes profissionais da saúde e serviços especializados no oferecimento de uma assistência de

qualidade às mães e seus bebês. Assim, diante da escassez de estudos sobre o tema, o objetivo deste trabalho consistiu em identificar fatores de risco para a vivência da gestação e da maternidade entre mães jovens que vivem com HIV, atendidas em serviços especializados da cidade de Porto Alegre/RS, Brasil.

Método

Participantes e Procedimentos

Foram entrevistadas três mães adolescentes (17 a 19 anos), que receberam diagnóstico de HIV durante a gestação ou no parto. Todas eram primíparas e seus filhos tinham entre quatro e seis meses de vida no momento do estudo. As jovens se identificaram como solteiras, mas mantinham uma relação amorosa, em dois casos, com o pai biológico do bebê. Nenhuma das participantes estava empregada ou frequentava a escola. A Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos das participantes. A fim de preservar a confidencialidade, foram usados nomes fictícios.

Tabela 1. Dados Sociodemográficos e de Saúde das Participantes.

Características	Ana	Maria	Lia
Idade (anos)	19	17	18
Idade do bebê (meses)	4	6	4
Escolaridade (anos)	8	9	6
Última ocupação	Vendedora e vitrinista	Assistente administrativo	Garota de programa
Estado civil	Solteira (com namorado)	Solteira (com namorado)	Solteira (com companheiro)
Nível socioeconômico ^a	Médio-baixo	Baixo	Baixo
Apoio recebido	Dinheiro, roupas, comida e remédios	Comida	Dinheiro, roupas, comida e remédios
Idade gestacional ao diagnóstico do HIV (meses)	2	7	9
Modo de transmissão	Sexo inseguro	Sexo inseguro	Desconhecido
Interrupção da TARV após o parto ^b	Não	Sim	Não
Moradia com o pai biológico do bebê	Sim	Sim	Pai biológico desconhecido
Idade do pai do bebê (anos)	22	17	49 (parceiro atual)

Fonte: Dados da pesquisa. Nota: TARV = terapia antirretroviral. ^a Nível socioeconômico obtido por meio da integração das seguintes informações: educação, bairro de residência, ocupação atual, última ocupação e formas de auxílio financeiro recebidas. Além disso, os locais onde as participantes foram recrutadas (serviços da rede pública de saúde) constituem, por si só, um indicador do seu nível socioeconômico, considerando a realidade brasileira. ^b Interrupção ocorrida devido à decisão pessoal da adolescente.

As participantes integraram um estudo mais amplo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFCSPA (Protocolo 10-617) e demais instituições de saúde envolvidas. O contato com as participantes foi feito em serviços de saúde especializados em HIV/aids de Porto Alegre/RS, durante a espera para a consulta médica. Todas elas foram informadas sobre os objetivos e procedimentos do estudo e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O responsável legal da jovem de 17 anos também concedeu a sua autorização para a participação na pesquisa. Vinte mães jovens foram contatadas de Fevereiro a Outubro de 2011. Dessas, oito recusaram-se a participar no estudo e nove não foram localizadas para o seguimento da coleta de dados, devido a mudanças de residência e/ou número de telefone, abandono do tratamento ou mudança de instituição de saúde.

Em um primeiro momento, as participantes preencheram a ficha de dados demográficos e de saúde e questionários de autorresposta sobre apoio social e adesão ao tratamento. Após a aplicação destes instrumentos, foi solicitada a permissão para um novo contato telefônico. Em um novo encontro, agendado até sete dias depois, foi realizada uma entrevista sobre maternidade na

adolescência em situação de HIV. A coleta de dados foi dividida em dois encontros para evitar sobrecarregar a jovens e comprometer a sua participação. Os encontros duraram aproximadamente 20 e 40 minutos, respectivamente. As participantes e seus acompanhantes receberam auxílio financeiro para despesas com transporte.

Instrumentos

Ficha de Dados Sociodemográficos e de Saúde: elaborada para o presente estudo, buscava informações sobre idade, escolaridade, ocupação, estado civil e nível socioeconômico, dados relativos à infecção pelo HIV (idade gestacional no diagnóstico, modo de transmissão e uso de antirretrovirais) e dados sobre o pai do bebê.

Medical Outcome Study Social Support Survey (MOS-SSS; Sherbourne & Stewart, 1991): contém 20 itens que avaliam a percepção da disponibilidade de apoio social, organizados em cinco dimensões: interação social positiva, apoio emocional, apoio informacional, apoio afetivo e apoio financeiro. Cada item é formulado em uma escala de cinco pontos, variando de 1 (nunca) a 5 (sempre). Todos os escores são transformados em uma escala 0-100 pontos, com escores mais altos indicando maior apoio. Seguindo as instruções de Pesce, Assis, Santos e Oliveira (2004), os escores transformados foram categorizados em tercís: baixo apoio (0-33), intermediário (34-66), e alto apoio (67-100). Esse instrumento já teve demonstrada a sua validade de constructo (Griep, Chor, Faerstein, Werneck, & Lopes, 2005) e confiabilidade teste-reteste (Griep, Chor, Faerstein, & Lopes, 2003) no contexto brasileiro.

Questionário de Adherencia Terapéutica para Mujeres con VIH/Sida - CAT VIH/Sida: desenvolvido por Arrivillaga (2010), foi usado para avaliar adesão ao tratamento, a partir de tradução-retradução da versão em espanhol realizada pela equipe de pesquisa. É composto por 21 itens que avaliam três dimensões da adesão: práticas, significados (motivações, crenças e afetos) e barreiras e condições de vida. Cada item é respondido em uma escala de quatro pontos, variando de 1 (nunca) a 4 (sempre). Os escores variam de 21 a 84, e *baixo* e *alto* nível de adesão foram estabelecidos como 21 a 61 pontos e 62 a 84 pontos, respectivamente. Alta adesão foi definida como adesão a pelo menos 64% das exigências do tratamento (correspondendo ao escore 62 ou mais alto no questionário).

Entrevista sobre Maternidade na Adolescência em Situação de Infecção pelo HIV: derivada de uma entrevista sobre o tratamento de saúde e a experiência da maternidade no contexto do HIV (Carvalho & Piccinini, 2004) e de uma entrevista sobre a gestação e a maternidade na adolescência (Piccinini et al., 2008). Objetivou acessar expectativas e experiências das jovens relativas à maternidade, percepção da relação com o bebê, parceiro e família, bem como questões referentes ao diagnóstico e tratamento do HIV e impacto dessa condição nas atividades diárias, gestação e maternidade. A entrevista foi gravada em áudio para posterior transcrição.

Delineamento e Análise dos Dados

Esse estudo qualitativo apresenta um delineamento de estudo de casos múltiplos (Yin, 2015), de caráter transversal. De acordo com Yin, o estudo de caso deve estar embasado em múltiplas fontes de evidência. Neste estudo foram usadas medidas qualitativas (entrevista semi-estruturada) e quantitativas (questionários de autorrelato). Tanto o MOS-SSS como o CAT VIH/Sida foram analisados de acordo com as instruções dos autores, e constituíram-se como uma fonte adicional de informação para apoiar os dados da entrevista, contribuindo para a triangulação dos achados.

As entrevistas, após transcrição *verbatim*, foram analisadas de forma a identificar os fatores de risco. Uma pesquisadora realizou uma análise compreensiva do material, identificando possíveis fatores de risco, e colocando-os em tabelas com trechos de falas ilustrativos dos mesmos. Esse material foi então analisado por uma segunda pesquisadora, a fim de verificar a relevância e a adequação da alocação realizada. Dúvidas nesse processo foram dirimidas por consenso. Posteriormente, um relato de cada caso foi preparado, no qual todas as informações foram integradas dentro de uma mesma estrutura de apresentação. Após, os achados foram discutidos usando-se a estratégia de síntese de casos cruzados (Yin, 2015), a qual permite a identificação de semelhanças e particularidades entre os casos.

Resultados

Caso 1 – Ana

Vivência da gestação. Embora não tendo planejado a gestação, para Ana saber-se grávida “*não foi um choque*”, uma vez que ela e o namorado desejavam um filho. Iniciou o acompanhamento pré-natal aos dois meses, em clínica particular, pois possuía plano de saúde, e informou o início da TARV no quinto mês. Quanto ao parto, disse ter sido preparada pela equipe, permanecendo tranquila. Avaliou positivamente o atendimento pré e perinatal. Após o nascimento, seguiu fazendo o acompanhamento sem a necessidade de tomar medicação. Entretanto, sua maior preocupação era a possibilidade de infecção da criança.

Ao receber o resultado do teste anti-HIV, referiu estar tranquila, uma vez que seu parceiro já se sabia soropositivo e, por isso, ela já imaginava esse resultado: “*Do que adianta eu me desesperar, se já está feito, está feito! O jeito é cuidar e seja o que Deus quiser!*”. Ana não revelou seu diagnóstico aos familiares, somente aos familiares do companheiro, alegando não se sentir confiante e segura para tranquilizá-los.

Ela afirmou que ser mãe amenizava as suas preocupações quanto à infecção: “*Seria mais difícil [descobrir o HIV sem estar grávida]. Bem mais, porque a gente se entretém com ele [o filho], a gente pensa principalmente nele para tudo, então a gente se cuida*”. Indicou como mudanças de vida decorrentes do diagnóstico a necessidade constante de uso do preservativo e de cuidados com a saúde, especialmente o TARV pessoal e do bebê. Sobre isso, referiu preocupar-se com os efeitos da medicação sobre sua forma física.

No serviço onde foi localizada, Ana realizou acompanhamento com médico infectologista e participou de um grupo de gestantes HIV+, coordenado por uma psicóloga, tendo ressaltado a importância dessa atividade: “*Tu acha que nunca vai acontecer contigo né, mas aí eu vi que não era só eu que estava naquela situação*”. Referiu receber apoio do companheiro para a realização do TARV, embora ele não realizasse o seu próprio tratamento.

Vivência da maternidade. Aos quatro meses do bebê, Ana acreditava que o filho estava se desenvolvendo de maneira adequada, devido ao *feedback* positivo dos profissionais que o acompanhavam. Apontou a impossibilidade da amamentação como uma preocupação, tanto por denunciar seu estado de saúde como pela crença de que prejudicaria o crescimento do bebê. Ela negou qualquer prejuízo no vínculo com o bebê pelo não aleitamento, embora tenha revelado dificuldades na adaptação do filho ao leite artificial e adoção da prática da amamentação cruzada, que consiste em permitir que outras mulheres amamentem o bebê ao seio (Ministério da Saúde, 2000). Destaca-se que no CAT-VIH/SIDA Ana apresentou uma baixa adesão.

Em relação aos cuidados da criança, Ana pensava que suas preocupações eram iguais às de qualquer mãe. Ela revelou brincar regularmente com o filho, evitando separar-se dele. Considerou-se boa mãe, assumindo todas as tarefas de cuidado. Ainda assim, disse receber apoio familiar, especialmente do companheiro e dos familiares dele. Considerava que a chegada do filho havia mudado sua vida para melhor.

A jovem relatou que o companheiro sentiu ciúmes do filho após o nascimento, já que ela despendia atenção ao bebê “*24 horas por dia*”. Apesar disso, considerou muito bom seu relacionamento amoroso. O relacionamento com os pais havia mudado para melhor com a maternidade, pois Ana entendia que as dificuldades prévias se deviam à sua imaturidade. Entretanto, na avaliação de apoio social (MOS-SSS), de forma geral, predominou um nível intermediário de apoio, destacando-se o apoio afetivo e material e níveis baixos de apoio emocional e informacional. A principal fonte de apoio mencionada por Ana foi sua mãe, seguida da mãe do companheiro e do próprio companheiro.

Caso 2 – Maria

Vivência da gestação. Maria relatou não haver planejado a gestação, que ocorreu devido ao não uso de métodos contraceptivos. Percebeu-se grávida aos quatro meses, tendo iniciado o acompanhamento pré-natal aos seis. Realizou o acompanhamento de forma pouco frequente, pela

dificuldade para agendar consultas em função de mudanças recorrentes de cidade, motivadas por oportunidades de trabalho para o companheiro. Necessitou realizar parto cesárea, o que a desagradou devido a questões estéticas: *“Eu comecei a chorar, ‘deu, agora vão estragar minha barriga!’ [risos]”*. Mesmo assim, avaliou positivamente o atendimento pré e perinatal.

As descobertas da infecção e de uma anemia grave ocorreram conjuntamente, em um exame de rotina. Posteriormente, suas preocupações referentes ao HIV foram incrementadas, principalmente pela possibilidade de a filha apresentar complicações: *“Eu fiquei em pânico, achando que ela iria nascer com problemas por causa disso”*. De fato, Maria demonstrou preocupação intensa e culpa pelo início tardio do tratamento: *“Ela nasceu de mim e eu só fiz o tratamento com oito meses!”*. Desde o diagnóstico, durante a gestação, Maria recebeu acompanhamento e avaliou-o positivamente.

Maria revelou o seu diagnóstico aos familiares que, segundo ela, ressaltaram aspectos negativos da infecção, o que originou alguns conflitos entre sua mãe e o pai do bebê e entre Maria e os familiares do companheiro. O companheiro dela recusava-se a realizar a TARV e ela mesma pareceu negar a infecção, não reconhecendo o impacto em sua vida: *“Às vezes eu até esqueço que tenho [o HIV]”*.

Vivência da maternidade. Aos seis meses, Maria considerava adequado o desenvolvimento da filha, recebendo *feedback* positivo dos profissionais de saúde. Não revelou preocupações com a não amamentação, acreditando ser a melhor escolha: *“Eu achei melhor não amamentar ela no peito do que tentar fazer e isso fazer mal para ela”*. Adotou, por vezes, a amamentação cruzada, mas não a aprovou: *“Não gosto que a minha vizinha dê leite para ela [risos]... Sei que ela [vizinha] não tem aids, mas vai saber se não pega outra doença!”*.

As dificuldades para ingressar e manter-se nos acompanhamentos de saúde durante a gestação persistiram após o nascimento da filha. De fato, os dados do CAT-VIH/SIDA indicaram uma baixa adesão. A jovem considerava que sua condição de saúde não dificultava o exercício da maternidade. Alegou brincar frequentemente com a filha, demonstrando dificuldade em deixá-la aos cuidados de terceiros: *“Eu acho que ninguém nunca vai cuidar como mãe”*. Considerava-se boa mãe, pois assumia integralmente as tarefas de cuidado da bebê. Maria referiu amadurecimento e felicidade frente à maternidade e relatou receber apoio da família (mãe, irmão e avó do companheiro) para a TARV e cuidados com o bebê.

Do companheiro também referiu receber apoio antes do encarceramento dele, ocorrido aos cinco meses da criança. A partir disso, Maria relatou dificuldades no relacionamento conjugal. O afastamento do companheiro, fonte de apoio e renda, também acarretou a interrupção da TARV da jovem, a qual tinha indicação para uso de medicação. Por outro lado, informou melhora no relacionamento familiar após o nascimento da filha, especialmente maior cuidado da própria mãe: *“Ela [a mãe] diz assim ‘Agora tu tem uma filha pra criar!’; então ela tá sempre em cima, né, sempre vendo o que eu tô fazendo [risos]”*. Na MOS-SSS predominou nível alto de apoio social, com destaque para apoio material, afetivo, informacional e interação social positiva. Apenas na dimensão apoio emocional é que Maria obteve escore intermediário. Quanto às fontes de apoio, citou a mãe e o companheiro e, com menos frequência, a própria filha e a avó do companheiro.

Caso 3 – Lia

Vivência da gestação. Lia referiu não desejar a gestação, o que a levou a negá-la durante todo o período e a não realizar acompanhamento pré-natal: *“Mesmo já com a barriga crescendo, ter parado a menstruação, eu acho que por não querer estar grávida, eu fingia que não acreditava”*. Assim, descobriu o HIV somente no parto, o que gerou ansiedade e culpa pela possibilidade de infecção do bebê: *“Eu fiquei preocupada, porque não sei se chegou a ter as quatro horas que eu tinha que ficar no soro [medicação antirretroviral]”*. A não realização do pré-natal resultou também na falta de preparação para o parto. A jovem relatou falta de acolhimento nos serviços de saúde, acessados somente no início do trabalho de parto: *“A minha mãe me levou no posto... aí lá me xingaram né, porque eu não tinha pré-natal... [Depois, no hospital] Ela [médica] pediu os documentos e eu disse que não tinha, aí me xingaram né, normal”*. Além disso, relatou inadequação na forma de revelação do diagnóstico por um profissional da saúde, o que impactou negativamente a sua vivência do parto:

“O médico chegou, numa ignorância... ‘A senhora sabia que sua filha tem HIV?’... Daí eu peguei e falei ‘Eu sou maior de idade, eu tenho o direito de falar!’. Daí minha mãe começou a passar mal e tiveram que socorrer ela aqui no hospital, daí tive que fazer o parto sozinha... Se minha mãe tivesse junto, teria sido melhor.”

Excetuando-se este fato, considerou bom o atendimento recebido no hospital. Lia informou ter feito uso de substâncias psicoativas durante o primeiro trimestre da gestação, tendo interrompido o uso sem ajuda profissional, por influência do companheiro, do bebê e da estabilidade de vida alcançada: *“Ele pediu para mim parar. Daí, para não perder tudo o que eu tinha conseguido, roupa nova, casa nova, e também sabendo que era uma criança inocente que não tinha nada a ver né? Aí eu parei, até hoje”*. Desconhecia a paternidade do filho, que foi assumida pelo atual companheiro, importante fonte de apoio.

Vivência da maternidade. Aos quatro meses do bebê, Lia entendia que o filho estava se desenvolvendo adequadamente devido ao seu crescimento físico e à ausência de problema grave de saúde. Ela não relatou preocupações quanto a não amamentação, pois considerava que a infecção não afetava a relação com o bebê, embora reconhecesse o impacto desta em sua vida, como a necessidade de uso constante do preservativo. Contudo, utilizava-se da negação para lidar com o diagnóstico: *“Pra mim eu não tenho nada. É normal pra mim, é como se eu não tivesse nada”*. Apesar disso, suas respostas no CAT-VIH/SIDA indicaram alta adesão ao TARV, embora no momento do estudo tenha informado não ter indicação de uso da medicação antirretroviral.

A jovem afirmou brincar regularmente com o bebê, considerando-se boa mãe: *“Eu acho que, como mãe de primeira viagem, estou me saindo muito bem!”*. Ela assumia a maior parte das tarefas de cuidado, dividindo-as com o companheiro, com quem relatou estabelecer um bom relacionamento. Todavia, apresentou dificuldades para apropriar-se do papel materno: *“Eu cuido, tudo, mas às vezes... parece que não me caiu a ficha ainda. Não acredito que eu sou mãe ainda!”*. De todo modo, a maternidade revelou-se um acontecimento importante, com consequências positivas em sua vida: *“Eu me quietei, eu parei de usar droga, eu fiquei mais responsável, eu fiquei mais adulta...”*.

Na visão dela, o relacionamento familiar havia melhorado após a gestação: *“Depois que a minha mãe viu que eu estava grávida... ligava toda hora, queria ir lá em casa toda hora, queria que eu fosse na casa dela toda hora... Era o que eu sempre quis, né!”*. Contava com o apoio da família tanto para os cuidados com o filho quanto para a TARV. De fato, Lia apresentou um nível alto de apoio social, avaliado pela MOS-SSS. A dimensão menos pontuada foi “apoio emocional”. Ela percebia a mãe como a pessoa que mais lhe prestava apoio. O próprio filho, o companheiro e a irmã também foram mencionados.

Discussão

Este estudo teve por objetivo identificar fatores de risco para a vivência da gestação e da maternidade entre jovens vivendo com HIV, buscando apontar semelhanças e diferenças entre elas em relação a esse aspecto. A partir da síntese dos casos cruzados, destacam-se as semelhanças e diferenças entre os fatores de risco identificados para cada participante. Foram considerados semelhantes os fatores de risco identificados para pelo menos duas participantes e diferentes aqueles identificados apenas para uma das jovens.

Neste estudo, a vigência do HIV durante a gravidez pode ser destacada como fator de risco para as participantes, pois gerou a necessidade de acompanhamento médico especializado. A infecção dos companheiros (Ana e Maria) criou um risco adicional, pois, ainda que o casal fosse soroconcordante, as orientações vigentes reforçam a importância do uso do preservativo nas relações sexuais neste caso, sobretudo para evitar reinfecções e aumento da carga viral de ambos. Entretanto, a contaminação pelos parceiros e a própria gestação indicam o uso não sistemático de preservativo. Ainda, conforme o Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2000), os parceiros também devem ser

avaliados e tratados no pré-natal, o que não ocorreu. Assim, a não realização da TARV pelos parceiros é outro fator de risco identificado nesse estudo.

As participantes referiram não haver planejado a gestação, embora não tenham usado métodos contraceptivos. O não uso desses métodos atuou como fator de risco, aumentando a probabilidade de ocorrência de uma gestação não planejada. Igualmente, o não desejo pela gravidez pareceu atuar como um fator de risco para Lia, que chegou a negá-la até o momento do parto, não tendo realizado acompanhamento pré-natal e tendo usado substâncias psicoativas. Após o parto, ela também referiu dificuldades para apropriar-se do papel materno. A gravidez indesejada pareceu ser assim um fator de risco para a infecção do bebê e dificuldades na vivência da maternidade. Inversamente, Ana, que afirmou ter desejado a gestação (mesmo não a planejando), indicou sentimentos positivos em relação à gravidez e ao bebê e tomou decisões importantes quanto aos cuidados de saúde, como o início precoce do pré-natal.

Em relação esse acompanhamento, o Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2006) aponta que deve constar de no mínimo seis consultas e iniciar em até 120 dias da concepção. A realização inadequada ou incompleta do pré-natal consiste em fator de risco para a saúde materno-infantil, especialmente de gestantes adolescentes (Levandowski, Silva, & Wendland, 2010). Embora Ana tenha iniciado o atendimento em consonância a essas recomendações (aos dois meses de gravidez), Maria iniciou aos seis meses e Lia não o realizou, o que se apresenta como fator de risco para elas e seus bebês.

Ampliando-se a análise para as políticas públicas de saúde, mesmo sabendo-se que o Brasil é um país modelo na luta contra o HIV/aids, pelo oferecimento de tratamento gratuito e de qualidade (Ministério da Saúde, 2014), o que de fato ocorreu para as três jovens desde o momento do diagnóstico, limitações na estrutura dos serviços especializados ainda são encontradas. Estas foram evidenciadas pelo fato de Lia não ter recebido o seu diagnóstico na gestação, ao contrário de Ana e Maria.

A descoberta do HIV durante a gravidez apresentou-se para Maria como um fator de risco, dentre outros motivos, pela intensa preocupação com a possibilidade de infecção do bebê e as eventuais complicações decorrentes da mesma. Isso aconteceu devido à descoberta tardia do HIV e ao início também tardio da TARV (aos oito meses), o que pode aumentar as chances de contaminação do bebê e, deste modo, gerou um sentimento de culpa frente à possibilidade de desfechos negativos. Também Ana apresentou baixo índice de adesão à TARV após o nascimento do bebê, o que está de acordo com estudos que tem indicado declínio nas taxas de adesão a esse tratamento entre adultas após o parto (Gonçalves & Piccinini, 2007). De forma semelhante à Maria, também para Lia o diagnóstico no momento do parto, aliado à negação da gestação e à ausência de pré-natal, agiu como fator de risco. O reduzido tempo de administração dos medicamentos antirretrovirais no pré-parto aumentou a chance de infecção do bebê, o que também acarretou sentimentos de culpa, causando sobrecarga emocional. Todavia, Lia apresentou alta adesão ao tratamento após o parto e um desejo intenso de seguir as recomendações da equipe de saúde, talvez como forma de “compensar” a falta de cuidados na gestação.

A adesão ao tratamento também está relacionada à qualidade da assistência recebida pelo usuário (Ministério da Saúde, 2000). Embora a percepção positiva de Ana e Maria quanto ao atendimento de saúde pudesse ser considerada um fator protetor, na medida em que aumentaria a probabilidade de adesão à TARV, os escores obtidos indicaram baixa adesão. Neste sentido, seria relevante compreender o que as participantes entendem por atendimento de qualidade e que critérios levam em conta na avaliação dos serviços e dos profissionais. Ao mesmo tempo, não se pode desconsiderar que esse estudo foi realizado nas dependências de instituições de saúde. Embora as jovens fossem informadas de que se tratava de atividade independente, os pesquisadores podem ter sido considerados como membros da equipe, o que pode ter influenciado as suas respostas em uma direção mais positiva.

No que tange ao pré-natal, um dos aspectos relacionados à qualidade desse atendimento é a preparação para o parto (Ministério da Saúde, 2006). Maria e Lia revelaram falta de uma preparação desse tipo, evidenciando preocupações estéticas e desconhecimento dos sinais do trabalho de parto. Os relatos apontaram para uma assistência pré-natal deficitária em termos de esclarecimentos, acolhimento e respeito ao sigilo do diagnóstico, o que pode ter intensificado sentimentos negativos e

ansiedades relacionadas à vivência do parto, caracterizando-se como fator de risco. No entanto, cabe ressaltar que, no caso de Lia, a não realização do pré-natal foi ocasionada pela falta de busca de auxílio e, assim, não pode ser considerada unicamente como uma falha do serviço de saúde. De todo modo, esse caso lança um questionamento acerca do alcance das políticas de saúde e do próprio funcionamento do sistema de saúde quanto ao acesso e localização de potenciais usuários. Apesar de investigações brasileiras terem constatado alta cobertura do pré-natal (Coutinho et al., 2010), um estudo retrospectivo com mães adolescentes apontou que aquelas em piores condições de vida e que apresentaram comportamentos de risco na gravidez foram as que mais ficaram à margem dessa assistência (Gama, Szwarcwald, Sabroza, Branco, & Leal, 2004), demonstrando a necessidade de busca ativa por esta clientela. Por outro lado, Maria e Lia relataram como dificuldades enfrentadas nos serviços de saúde a longa distância da residência, os poucos horários disponibilizados para consultas, a forma inadequada de revelação do diagnóstico e a falta de acolhimento. Todos esses aspectos caracterizam-se como fatores de risco, pelo seu impacto nos cuidados à saúde.

Em relação a não amamentação, Ana referiu intensa preocupação por este fato denunciar seu *status* sorológico, realidade também encontrada em outros estudos (por ex., Gonçalves & Piccinini, 2007). Frente a esse panorama, estas mulheres podem estar em risco de oferecer seu leite ao bebê como forma de evitar a desconfiança familiar e social quanto à infecção. A não revelação do diagnóstico aos familiares por parte de Ana, traduzindo-se na falta de suporte frente a não amamentação, se mostrou como um fator de risco adicional para a díade mãe-bebê. Contrariamente, Lia mostrou-se indiferente frente à impossibilidade da amamentação, associando-a à gravidez indesejada. Nesse sentido, apesar de a indiferença de Lia levá-la a evitar o aleitamento (o que é protetivo ao bebê), este sentimento pode denunciar uma dificuldade de vinculação ao bebê, o que seria um risco a ambos. Mais especificamente, Ana relatou dificuldades de adaptação do bebê ao leite artificial no primeiro mês (cólicas). Essa vivência pode ter incrementado o sofrimento pela proibição da amamentação, constituindo-se como um fator de risco para mãe e criança (por aumentar o sentimento de culpa e a probabilidade de oferecimento do seio). Além disso, foi observada em Ana e Maria a prática da amamentação cruzada, que, de acordo com o Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2000), é contra-indicada, por possibilitar a contaminação com outras enfermidades.

Já no que tange ao relacionamento conjugal, observa-se que a gravidez e o puerpério exercem grande impacto no companheiro, que pode se sentir rejeitado e marginalizado frente à relação materno-filial (Maldonado, 2005). Esta situação foi observada por Ana, que relatou ciúme do companheiro em relação ao bebê. Isso pode ser considerado um fator de risco, pois o companheiro constituiu-se como fonte de apoio à Ana. As dificuldades conjugais poderiam, assim, levar a um afastamento do casal, o que reduziria ainda mais a rede de apoio da jovem. Por outro lado, Maria revelou dificuldades no relacionamento com o companheiro devido ao seu encarceramento, retratado na literatura como um evento de vida estressor (Pesce et al., 2004), que se constitui como risco pela ausência de apoio emocional e financeiro. No caso dela, isso se evidenciou, por exemplo, pela necessidade de interrupção da TARV.

Por fim, alguns eventos de vida também se destacaram como fator de risco para a vivência da gestação e da maternidade das jovens. Maria relatou eventos de vida que são considerados fatores de risco pela literatura, tais como mudanças frequentes de cidade durante a gestação, em razão de um programa governamental de trabalho do qual participava seu companheiro. Apesar de a renda decorrente desse emprego ser um fator protetor à jovem, este aspecto também pode ser avaliado como risco por ter dificultado a sua adesão ao pré-natal e reduzido sua rede de apoio. Da mesma forma, a ocorrência de diversos conflitos familiares durante a gestação pareceu aumentar seu nível de estresse, prejudicando o manejo do HIV. Por sua vez, Lia revelou o uso de drogas ilícitas na gestação, com a ausência de acompanhamento de saúde para interromper o uso e manter a abstinência. Sabe-se que tal comportamento materno tem efeitos importantes na saúde do bebê. Uma análise realizada por Behnke et al. (2013) indicou não apenas impacto imediato desse uso na saúde do feto (por ex., presença de anomalias congênitas, prematuridade), mas também a longo prazo sobre o desenvolvimento infantil, tais como prejuízos no funcionamento cognitivo, na linguagem e no crescimento físico. Assim, esse comportamento pode ser considerado um fator de risco.

Diante do exposto, percebe-se que diversos fatores discutidos neste estudo não foram acontecimentos pontuais, mas sim ocorreram ao longo do tempo na vida das participantes. Dessa

forma, a alocação de alguns acontecimentos em "gestação" ou "maternidade" teve cunho meramente organizador para a apresentação dos resultados. Nessa mesma perspectiva, a realização de uma análise *a posteriori* do período da gestação e no momento em que ocorria a maternidade pode ser considerada uma limitação do estudo, pois não foi adotada uma abordagem processual global para a análise dos fatores de risco. Embora tenham sido obtidos dados retrospectivos da gestação, no que tange à maternidade, em muitos aspectos não havia sido possível, até o momento do estudo, obter-se uma ideia clara do desfecho, o que permitiria melhor classificá-los como fatores de risco. Ainda, alguns aspectos poderiam ser arrolados como risco ou proteção, dependendo da vivência de cada participante. Nessas situações, optou-se por uma classificação levando-se em conta o material da entrevista como um todo. Essa dificuldade por vezes encontrada reforça a necessidade de uma abordagem processual e contextualizada para a identificação e o entendimento dos fatores de risco.

Cabe ressaltar que o momento quando foi realizada a coleta de dados (quatro a seis meses do bebê) não se constitui em um período de vivências tão intensas e desorganizadoras para as mães como costuma ser o puerpério, aspecto que poderia ter influenciado as respostas das jovens. Contudo, não se pode desconsiderar que as jovens que aceitaram participar do estudo, frente a outras que se negaram ou desistiram, podem apresentar características diferenciadas. Por fim, merece destaque a idade das participantes (17 a 19 anos), o que pode ter influenciado suas vivências e percepções, se comparadas a adolescentes mais jovens. Assim, é necessário ter cautela na transposição desses achados para jovens de outros contextos e idades.

De modo geral, os dados apontam a relevância de novas investigações junto a esta clientela, buscando aprofundar questões como a sua inserção nos serviços de saúde, a percepção sobre o aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV, o relacionamento familiar e a vivência do papel materno. Estudos longitudinais poderiam ampliar o entendimento dos fatores de risco, ao esclarecer os desfechos a médio e longo prazo dos aspectos ora investigados. Da mesma forma, futuras investigações sobre os fatores de risco são necessárias com mães e pais jovens de diferentes idades, bem como com foco nos fatores de proteção.

De qualquer forma, esse estudo oportunizou o esclarecimento de algumas questões que permeiam a vivência da gestação e da maternidade entre adolescentes que vivem com o HIV frente à escassez de dados da literatura científica brasileira e internacional. Os achados indicam a necessidade de busca ativa das jovens em situação de vulnerabilidade social, bem como de inclusão do companheiro no acompanhamento pré-natal e na TARV e de inserção de adultos significativos como alvo das políticas de proteção às jovens. Apontam ainda para a necessidade de intervenções direcionadas ao relacionamento mãe-bebê, tendo em vista a condição de vulnerabilidade que muitas delas se encontram. Tais intervenções auxiliariam a reduzir o impacto dos fatores de risco a que estão expostas adolescentes gestantes/mães que apresentam essa condição de saúde.

Referências

- Almeida, M. C. C., & Aquino, E. M. L. (2011). Adolescent pregnancy and completion of basic education: a study of young people in three state capital cities in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(12), 2386-2400.
- Araújo-Pedrosa, A., Pires, R., Carvalho, P., Canavarro, M. C., & Dattilio, F. M. (2011). Ecological contexts in adolescent pregnancy: the role of individual, sociodemographic, familial and relational variables in understanding risk of occurrence and adjustment patterns. *Contemporary Family Therapy*, 33(2), 107-127.
- Arrivillaga, M. (2010). Dimensiones de adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/SIDA: una perspectiva social. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(2), 225-236.
- Barr, A. B., Simons, R. L., Simons, L. G., Gibbons, F. X., & Gerrard, M. (2013). Teen motherhood and pregnancy prototypes: the role of social context in changing young african american mothers' risk images and contraceptive expectations. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(12), 1884-1897.
- Behnke, M., Smith, V. C., Committee on Substance Abuse, & Committee on Fetus and Newborn (2013). Prenatal substance abuse: short- and long-term effects on the exposed fetus. *Pediatrics*, 131(3), e1009-e1024.
- Carvalho, F. T., & Piccinini, C. A. (2006). Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes. *Interação em Psicologia*, 10(2), 345-355.
- Cerqueira-Santos, E., Paludo, S. S., Dei Schirò, E. D., & Koller, S. H. (2010). Gravidez na adolescência:

- análise contextual de risco e proteção. *Psicologia em Estudo*, 15(1), 73-85.
- Chandra-Mouli, V., Camacho, A. V., & Michaud, P. A. (2013). WHO Guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. *Journal of Adolescent Health*, 52(5), 517-522.
- Coutinho, T., Monteiro, M. F., Sayd, J. D., Teixeira, M. T., Coutinho, C. M., & Coutinho, L. M. (2010). Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 32(11), 563-569.
- Faria, E. R. & Piccinini, C. A. (2010). Maternidade no contexto do HIV/AIDS: gestação e terceiro mês de vida do bebê. *Estudos de Psicologia*, 27(2), 147-159.
- Gama, S. G. N., Szwarcwald, C. L., Sabroza, A. R., Branco, V. C., & Leal, M. C. (2004). Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do município do Rio de Janeiro, 1999-2000. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(Supl. 1), S101-S111.
- Gonçalves, T. R., & Piccinini, C. A. (2007). Aspectos psicológicos da gestação e da maternidade no contexto da infecção pelo HIV/aids. *Psicologia USP*, 18(3), 113-142.
- Griep, R. H., Chor, D., Faerstein, E., & Lopes, C. (2003). Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(2), 625-634.
- Griep, R. H., Chor, D., Faerstein, E., Werneck, G. L., & Lopes, C. (2005). Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3), 703-714.
- Kennedy, V. L., Serghides, L., Raboud, J. M., Su, D., Blitz, S., Hart, T. A., et al. (2014). The importance of motherhood in HIV-positive women of reproductive age in Ontario, Canada. *AIDS Care*, 26(6), 777-784.
- Kingston, D., Heaman, M., Fell, D., & Chalmers, B. (2012). Comparison of adolescent, young adult, and adult women's maternity experiences and practices. *Pediatrics*, 129(5), e1228-e1237.
- Koller, S. H., Morais, N. A., & Cerqueira-Santos, E. (2009). Adolescentes e jovens brasileiros: levantando fatores de risco e proteção. In R. M. C. Libório, & S. H. Koller (Orgs.), *Adolescência e juventude: Risco e proteção na realidade brasileira* (pp. 17-56). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Levandowski, D. C., Pereira, M., Dores, S. D., Ritt, G. C., Schuck, L. M., & Sanches, I. R. (2014). Experiência da gravidez em situação de seropositividade para VIH: revisão da literatura Brasileira. *Análise Psicológica*, 32(3), 259-277.
- Levandowski, D. C., Silva, M. L., & Wendland, J. (2010). Experiências de gestantes adolescentes gaúchas com o acompanhamento pré-natal. *Psicologia: Teoria e Prática*, 12(3), 3-21.
- Maldonado, M. T. P. (2005). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério* (17a ed.). São Paulo: Saraiva.
- Ministério da Saúde (2000). *Assistência pré-natal: manual técnico*. Brasília/DF: Ministério da Saúde. Recuperado em 07 julho, de 2015, de http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/cd04_11.pdf
- Ministério da Saúde. (2006). *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada*. Manual Técnico. Série A - Normas e Manuais Técnicos. Brasília/DF: Ministério da Saúde. Recuperado em 07 julho, de 2015, de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf
- Ministério da Saúde (2014). *Boletim Epidemiológico AIDS/DST, III(1)*. Brasília/DF: Ministério da Saúde. Recuperado em 07 julho, 2015, de http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_1_pdf_60254.pdf
- Paiva, S. S. & Galvão, M. T. (2006). Gravidez em adolescente com infecção pelo HIV/aids. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 14(4), 586-591.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N., & Oliveira, R. V. (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 135-143.
- Piccinini, C. A., Lopes, R. C. S., Marin, A. H., Carvalho, F. T., Henn, C. G., Dias, A. C. G., et al. (2008). *Aspectos biopsicossociais da gravidez adolescente: estudo longitudinal da gestação ao segundo ano de vida da criança*. Projeto de pesquisa não publicado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre..
- Røsand, G. B., Slinning, K., Røysamb, E., & Tambs, K. (2014). Relationship dissatisfaction and other risk factors for future relationship dissolution: a population-based study of 18,523 couples. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(1), 109-119.
- Sandelowski, M., & Barroso, J. (2003). Motherhood in the context of maternal HIV infection. *Research in Nursing & Health*, 26(6), 470-482.
- Sanders, L. B. (2008). Women's voices: the lived experience of pregnancy and motherhood after diagnosis with HIV. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 19(1), 47-57.
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705-714.
- Vescovi, G., Pereira, M., & Levandowski, D. C. (2014). Protective factors in the experience of pregnancy and motherhood among Brazilian adolescents living with HIV: a case-series report. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 25(6), 541-554.
- Yin, R. K. (2015). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. (Herrera, C. M., Trad.). (5ª.ed). Porto Alegre: Bookman. (Original publicado em 1994).

Recebido em 10/06/2015

Aceito em 16/03/2016

Gabriela Vescovi: Psicóloga pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde da UFCSPA. Residência Saúde da Família e Comunidade – RIS/GHC, Porto Alegre, Brasil.

Luciana Castoldi: Psicóloga. Mestre e Doutora em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Psicóloga do Ambulatório de Dermatologia Sanitária, Porto Alegre, RS.

Marco Daniel Pereira: Psicólogo. Doutorado em Psicologia da Saúde e Investigador de Pós-Doutoramento da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Daniela Centenaro Levandowski: Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Mestre e Doutora em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com Pós-Doutorado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Professora do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde e em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).